



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

“DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON EL
CONSUMO DE SUSTANCIAS”

**Disertación de grado previa a la obtención del título de
Psicólogo Clínico**

Líneas de investigación:

Desarrollo humano y salud mental

Autor:

FABIÁN ANDRÉS BORJA VALDIVIESO

Director:

MUPs. CARLOS RODRIGO MORETA HERRERA

Ambato - Ecuador

Marzo 2015

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

DIMENSIONES DE PERSONALIDAD
Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE SUSTANCIAS.

Línea de investigación:

Desarrollo humano y salud mental

Autor:

FABIÁN ANDRÉS BORJA VALDIVIESO

Lucía Almeida Márquez, Dra.

f. _____

CALIFICADORA

Juana Rosario Lara Machado, Dra.

f. _____

CALIFICADORA

Carlos Rodrigo Moreta Herrera, MUPs.

f. _____

CALIFICADOR

Betsy Natalia Ilaja Verdezoto, Lic. Mg.

f. _____

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr.

f. _____

SECRETARIO GENERAL PUCESA

Ambato – Ecuador

Marzo 2015

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, Fabián Andrés Borja Valdivieso, portador de la cédula de ciudadanía No. 060413468-4, declaro que los resultados obtenidos en la investigación que presento como informe final, previo a la obtención del título de Psicólogo Clínico, son absolutamente originales, auténticos y personales.

En tal virtud, declaro que el contenido, las conclusiones y los efectos legales y académicos que se desprenden del trabajo propuesto de investigación y luego de la redacción de este documento, son y serán de mi sola y exclusiva responsabilidad legal y académica.

Fabián Andrés Borja Valdivieso

C.I. 060413468-4

“El hombre que cree que los secretos del mundo están ocultos para siempre vive inmerso en el misterio y el miedo. La superstición acabará con él. La lluvia erosionará los actos de su vida. Pero el hombre que se impone la tarea de reconocer el hilo conductor del orden de entre el tapiz habrá asumido por esa sola decisión la responsabilidad del mundo y es solo mediante esa asunción que producirá el modo de dictar los términos de su propio destino.”

—Cormac McCarthy, *Meridiano de Sangre*

“[...] todo el mundo es idéntico en su secreta y callada creencia de que, en el fondo, es distinto a todos los demás.”

—David Foster Wallace, *La Broma Infinita*

“Deseaban gozar de la vida, pero eran como niños jugando en la calle. Veían a sus amigos morir uno tras otro —atropellados, mutilados, destruidos—, pero ellos seguían jugando.”

—Philip K. Dick, *Una Mirada a la Oscuridad*

RESUMEN

El consumo de sustancias es un fenómeno multi-etiológico y multi-dimensional que se ha convertido en un problema mundial con un incremento alarmante en su prevalencia. Teóricamente, uno de los múltiples factores predisponentes para los problemas de consumo es la personalidad; ciertos rasgos característicos de la misma incrementarían la probabilidad de iniciarse en el consumo de sustancias. El presente estudio trata de determinar la veracidad de esta hipótesis. Para ello, se diseñó un estudio comparativo de corte transversal en el que se evaluaron (utilizando el Cuestionario Big Five) las diferencias entre las dimensiones de personalidad de una muestra de consumidores en tratamiento ($n = 40$) y un grupo control ($n = 40$) emparejados en las variables edad, sexo y nivel de estudios. En términos del modelo de los Cinco Grandes Factores de personalidad, se encontró que el grupo de consumidores, comparado con el grupo control, obtuvo puntuaciones significativamente más bajas en Estabilidad Emocional ($t = -11.858$; $p < 0.001$) y puntuaciones significativamente más altas en Apertura Mental ($t = 4.567$; $p < 0.001$). Una propensión a la inestabilidad emocional y a la impulsividad conductual, junto con la tendencia hacia la búsqueda de experiencias y sensaciones nuevas, podrían constituirse como factores de riesgo para el inicio y mantenimiento del consumo de sustancias.

Palabras clave: dimensiones de personalidad, consumo de sustancias, estabilidad emocional, apertura mental.

ABSTRACT

Substance use is a multi-etiological and multi-dimensional phenomenon that has become a worldwide problem with an alarming increase in its prevalence. In theory, one of the multiple predisposing factors for substance use problems is personality; certain characteristic traits would increase the probability of substance use onset. This study pretends to prove this hypothesis' veracity. A cross-sectional comparative study was designed, where the differences on personality dimensions were assessed (using the Big Five Questionnaire) in a sample of substance users in treatment ($n = 40$) and a control group ($n = 40$) matched in the variables of age, sex and educational level. In terms of the Five Factor model of personality, the substance users group, compared with the control group, is significantly lower on Emotional Stability ($t = -11.858$; $p < 0.001$) and significantly higher on Mental Openness ($t = 4.567$; $p < 0.001$). A disposition to emotional instability and behavioral impulsivity along with a tendency towards novelty seeking (in experiences and sensations) could constitute risk factors for the onset and maintenance of substance use.

Key words: personality dimensions, substance use, emotional stability, mental openness.

TABLA DE CONTENIDOS

HOJA DE APROBACIÓN	2
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD	iii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
TABLA DE CONTENIDOS	vii
TABLA DE GRÁFICOS	x
INTRODUCCIÓN	1
I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	6
1.1. Personalidad	6
1.1.1. Antecedentes históricos de la personalidad	6
1.1.2. Definición de personalidad	11
1.1.3. Modelos teóricos en el estudio de la personalidad	13
1.1.3.1. Enfoques idiográficos vs. nomotéticos	13
1.1.3.2. Modelos categoriales (tipos) vs. dimensionales (rasgos)	15
1.1.3.3. El estudio dimensional de la personalidad	17
1.1.4. Teoría de los rasgos de la personalidad	20
1.1.4.1. Modelo de los Cinco Grandes factores de Costa y McCrae	23
1.1.5. La personalidad y su relación con el consumo de sustancias	33
1.2. Consumo de sustancias	34
1.2.1. Generalidades	34
1.2.2. Modelos interpretativos del consumo de sustancias	34
1.2.2.1. Modelo psicológico-individualista	36
1.2.3. Definición de sustancias	37
1.2.4. Clasificación de las sustancias	39
1.2.4.1. Depresores	40
1.2.4.2. Estimulantes	40
1.2.4.3. Psicotomiméticos o psicodélicos	42
1.2.5. Uso, abuso y dependencia de sustancias: criterios diagnósticos en el DSM-IV-TR y el DSM-5	44
1.2.6. Características de la conducta adictiva	49
1.2.7. Definiciones básicas en torno al consumo de sustancias	50
1.2.7.1. Intoxicación	50
1.2.7.2. Síndrome de abstinencia	51

1.2.7.3. Tolerancia	51
1.2.7.4. Craving	52
1.2.7.5. Dependencia física	52
1.2.7.6. Dependencia psicológica	53
1.2.8. Fases del desarrollo del consumo de sustancias	54
1.2.9. Factores de riesgo para el consumo de sustancias	57
1.2.9.1. Factores familiares	59
1.2.9.2. Factores comunitarios	60
1.2.9.3. Factores de los compañeros e iguales	60
1.2.9.4. Factores escolares	61
1.2.9.5. Factores individuales	62
1.2.10. Situación del consumo de drogas en el Ecuador y el mundo	73
II. METODOLOGÍA	76
2.1. Antecedentes	76
2.2. Significado del problema	78
2.3. Definición del problema	78
2.4. Planteamiento del tema	79
2.5. Delimitación del tema	80
2.5.1. Contenido	80
2.5.2. Espacial	80
2.5.3. Temporal.....	81
2.5.4. Unidades.....	81
2.6. Hipótesis	81
2.7. Variables e indicadores	82
2.7.1. Variable independiente: Consumo de sustancias.....	82
2.7.2. Variable dependiente: Dimensiones de personalidad.	83
2.8. Objetivos	84
2.8.1. Objetivo general.....	84
2.8.2. Objetivos específicos	84
2.9. Tipos y diseño de la investigación	85
2.9.1. Paradigma de investigación.....	85
2.9.2. Diseño de investigación	85
2.9.3. Enfoque de investigación.....	87
2.9.4. Modalidad de investigación	87
2.10. Selección de la muestra	88
2.11. Técnicas de investigación.....	89
2.12. Instrumentos de valoración psicológica.....	90
2.13. Procedimiento.....	91

III. RESULTADOS	93
3.1. Resultados de las variables sociodemográficas	93
3.2. Resultados de la evaluación de la gravedad de la adicción	98
3.2.1. Diferencias de áreas problema del EuropASI entre los grupos de comparación	98
3.2.2. Diferencias de las áreas problema del EuropASI entre los grupos y comparación con la puntuación de gravedad promedio	103
3.2.3. Índice global de la gravedad de la adicción	105
3.3. Resultados de la evaluación de las dimensiones de la personalidad.....	106
3.3.1. Diferencias de las dimensiones de personalidad entre el grupo de consumidores y el de no consumidores	108
IV. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	115
V. PROPUESTA	132
5.1. Introducción	132
5.2. Principios generales de una terapia integrativa de la personalidad	133
5.3 Terapia Dialéctica Conductual (TDC) de M. Linehan	136
5.3.1. Funciones del tratamiento	139
5.3.2. Tipos de intervención.....	140
5.4. Protocolo de intervención	141
5.4.1. Autoevaluación del terapeuta/interventor	156
VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	158
6.1. Conclusiones	158
6.2. Recomendaciones	161
BIBLIOGRAFÍA.....	163
ANEXOS	175
Anexo 1	176
Anexo 2	181
Anexo 3	182
Anexo 4	192
Anexo 5	194

TABLA DE GRÁFICOS

Cuadros

Cuadro 1.1. Los Cinco Grandes Factores de la personalidad humana y sus facetas, según Costa y McCrae	27
Cuadro 1.2. Dimensiones y sus subdimensiones en el Cuestionario “Big Five” con ejemplos de ítems	29
Cuadro 1.3. Criterios diagnósticos para el abuso de sustancias, según el DSM-IV-TR.....	45
Cuadro 1.4. Criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias, según el DSM-IV-TR.....	46
Cuadro 1.5. Criterios diagnósticos para los trastornos por consumo de sustancias, según el DSM-5	48
Cuadro 1.6. Factores de riesgo para el consumo de sustancias	58
Cuadro 1.7. Relación entre los ítems del criterio A para el diagnóstico del trastorno de la personalidad antisocial según el DSM-5 y las dimensiones y subdimensiones de personalidad propuestas por Caprara, Barbaranelli y Borgogni (1993)	71
Cuadro 1.8. Prevalencia de consumo según tipo de droga	74
Cuadro 3.1. Análisis sociodemográfico del grupo de consumidores y no consumidores	94
Cuadro 3.2. Diferencias en las medias de las puntuaciones obtenidas por cada grupo en las áreas problema del EuropASI y en el puntaje total	100
Cuadro 3.3. Distribución de los integrantes de los grupos (consumidores y no consumidores) en las categorías del índice global de gravedad de la adicción	105
Cuadro 3.4. Diferencias entre medias en las dimensiones del BFQ obtenidas por el grupo de consumidores y el grupo control emparejado	107

Cuadro 5.1. Escala de autoevaluación para el terapeuta/interventor	157
---	-----

Gráficos

Gráfico 3.1. Distribución por edades de las parejas (caso clínico y control) que componen la muestra.....	95
Gráfico 3.2. Distribución de los integrantes de los grupos A y B por nivel de estudios	97
Gráfico 3.3. Diferencias entre medias en las áreas problema del EuropASI obtenidas por el grupo de consumidores (n=40) y el grupo control emparejado de no consumidores (n=40)	104
Gráfico 3.4. Diferencias entre medias en las dimensiones del BFQ obtenidas por el grupo de consumidores (n = 40) y el grupo control emparejado (n = 40)	109
Gráfico 4.1. Perfiles de personalidad comparados entre el grupo de consumidores y el de no consumidores	115
Gráfico 4.2. Perfil de personalidad del consumidor de sustancias	117
Gráfico 4.3. Perfil multidimensional de gravedad del problema del consumidor de sustancias	122
Gráfico 4.4. Frecuencia de consumo de las distintas sustancias entre la muestra de consumidores	125

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas es una práctica inherente a todas las culturas conocidas, tan propia del ser humano que, ya sea de forma medicinal, ceremonial o recreativa, su uso nos ha acompañado desde el origen de la historia. Sin embargo, los cambios en los contextos sociales, culturales y políticos que se iniciaron con la revolución industrial han trastocado el sentido del consumo, convirtiéndolo en un fenómeno multi-etiológico y multi-dimensional cuya prevalencia actual a nivel mundial es alarmante, pues sus consecuencias perjudiciales no se limitan a la esfera individual, sino que afectan a la sociedad en general.

¿Cómo responde la ciencia psicológica a este fenómeno? Desde luego, tratando de comprender su dinámica y etiología para así generar programas de prevención e intervención del mismo. En este sentido, muchas interpretaciones y factores se han propuesto a nivel teórico —y se han tratado de verificar a través de la investigación— para explicar qué lleva a algunos individuos a iniciar, pero sobre todo mantener el consumo de sustancias hasta que este se convierte en un grave problema de salud que afecta múltiples aspectos de su vida.

Uno de los factores propiamente psicológicos que explican el consumo de sustancias —siempre parcialmente, al tratarse de un fenómeno tan complejo— es la personalidad. De entre los múltiples modelos de estudio de la personalidad, el modelo de rasgos, y, dentro de este, el modelo pentafactorial (o de los Cinco Grandes factores), se ha impuesto en los últimos años como el más prominente y el que mejor explica la estructura de la personalidad (Belloch Fuster, 2010).

Este estudio adopta dicho modelo, el cual cubre comprensivamente los cinco rasgos principales que definen la personalidad humana a través de las distintas culturas. Estos rasgos o dimensiones son: Neuroticismo (N), o la tendencia a experimentar emociones negativas como la ansiedad o la depresión; Extraversión (E), o la tendencia a ser sociable, cálido, activo, asertivo, alegre y en búsqueda de estímulos; Apertura a la Experiencia (O), o la tendencia a ser imaginativo, creativo, poco convencional, emocional y artísticamente sensible; Amabilidad (A), la dimensión de las relaciones interpersonales, caracterizada por altruismo, confianza, modestia y cooperatividad; y Responsabilidad (C), la tendencia a ser organizado, de voluntad fuerte, persistente, confiable, apegado a las reglas y a los principios éticos (Costa & McCrae, 1992).

La idea de que existe un perfil de personalidad propio del consumidor de sustancias no ha recibido apoyo empírico, pero esto no significa que no exista

una relación entre ciertos rasgos, cuya manifestación —por exceso o deficiencia— puede resultar común a quienes presentan patrones problemáticos de consumo. El presente estudio contribuye a esta línea de investigación al pretender determinar si existen rasgos de personalidad característicos en personas con problemas de consumo de sustancias, comparándolos con una muestra de no consumidores emparejados en las variables edad, sexo y nivel de estudios.

Los elevados costos individuales y sociales del consumo problemático de sustancias resaltan la necesidad de estudiar los factores relacionados con dicha conducta. Incluso si las diferencias de personalidad entre los consumidores y los no consumidores son pequeñas, estos resultados pueden tener importantes implicaciones clínicas debido al gran número de personas involucradas y afectadas por el fenómeno del consumo.

Las investigaciones de los factores correlacionados con las drogodependencias proveen pistas para un mejor entendimiento de la etiología de esos trastornos, lo que a su vez resulta de tremenda utilidad para la planificación y el diseño de los programas de prevención y tratamiento.

Este estudio pretende determinar la correlación entre las dimensiones de personalidad y el consumo de sustancias a través del modelo de los Cinco

Grandes Factores; un modelo actual, sustentado empíricamente y mejor adaptado a la evidencia de la práctica clínica.

Pese a que ya se han realizado investigaciones sobre esta correlación, la mayoría de ellas no han controlado las variables sociodemográficas intervinientes. En el presente estudio se emparejará el grupo experimental con el grupo control en las variables edad, sexo y nivel de estudios, con lo que se pretende obtener resultados más fiables y precisos.

Incluso en el caso de probarse errada la hipótesis, esto permitiría descartar o al menos disminuir el peso de los rasgos de personalidad como factor de riesgo en el desarrollo de trastornos por consumo de sustancias y centrar los futuros esfuerzos investigativos en otras posibles variables predisponentes.

En el primer capítulo se realizará una revisión de la literatura desde la psicología, tanto del desarrollo del concepto de personalidad, desde sus orígenes hasta el modelo actual predominante (la teoría de rasgos), como de los principales aspectos que permiten la comprensión del fenómeno del consumo de sustancias.

En el segundo capítulo se expondrán los detalles de la metodología empleada para la realización del estudio, el procedimiento para el diseño y la ejecución del mismo.

En el tercer capítulo se presentarán los resultados obtenidos tras el estudio comparativo. Se describirán los aspectos sociodemográficos encontrados y a continuación los resultados de las evaluaciones, tanto de las dimensiones de personalidad como de la gravedad del consumo de los dos grupos participantes.

En el cuarto capítulo se realizará una discusión a partir de los resultados devueltos por el estudio y se analizarán las implicaciones de los mismos.

En el quinto capítulo se exponen someramente los lineamientos de una propuesta de intervención terapéutica para el manejo del problema de estudio, basada en modelos ya existentes pero que no se han probado con la población investigada ni en nuestro contexto.

En el sexto capítulo se esbozarán las conclusiones extraídas a partir de los resultados y basadas en los objetivos iniciales, así como algunas recomendaciones para futuras investigaciones en esta línea.

I. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

1.1. Personalidad

1.1.1. Antecedentes históricos de la personalidad

La personalidad ha ocupado desde siempre un importante espacio en las preocupaciones de los pensadores de las ciencias del hombre. La filosofía, la psicología, la sociología y la medicina han dedicado buena parte de sus estudios a intentar descubrir si existen verdaderas diferencias que caracterizan a los individuos o si estas diferencias son mínimas si las comparamos con lo que los hace semejantes. La diversidad de perspectivas surgidas desde múltiples disciplinas es tan extensa que, en un capítulo introductorio, no es posible revisar todas las aportaciones y teorías en detalle. Lo que sí se puede hacer es esbozar brevemente la historia conceptual de ese constructo que llamamos *personalidad*.

La raíz más remota que se detecta de la palabra personalidad está en el origen etimológico del término, la palabra *persona*, que era la máscara que utilizaban los antiguos griegos en sus representaciones teatrales. En este concepto, se hace referencia a dos aspectos básicos: ocultamiento y

representación. Solo Jung, en la psicología moderna, ha estudiado la personalidad partiendo de esta forma de entenderla. Aunque es poco probable que los griegos hayan desarrollado una idea de *personalidad humana* como la entendemos ahora, el concepto social y moral de persona, como adaptación y regularización de acuerdo al orden social de lo que daba la naturaleza, sí era importante en la filosofía y política griegas (García, citado por Roca Benassar, 2010).

En la cultura romana, el término tomó un sentido jurídico: persona como sujeto legal, portador de derechos y deberes, dotada de una racionalidad capaz de asumir esos derechos y cumplir esos deberes. Luego, el cristianismo le da una nueva significación al concepto; los filósofos escolásticos Juan Damasceno y Agustín de Hipona definen persona o personalidad como “aquella que es capaz de tener experiencias personales e íntimas, consciencia de sí y una relación especial consigo mismo, cualitativamente diferente al resto de relaciones que se establecen con lo externo a esa persona” (Roca Benassar, 2010, p. 8). Como se ve, desde sus orígenes, la filosofía, el derecho y la teología han hecho sus aportaciones al concepto de persona.

A principios del siglo XX, la psicología filosófica surge como oposición a la naciente psicología experimental, y algunos autores hablan de la persona como un *yo*, adjudicándole propiedades como la individualidad, la libertad para poder elegir y decidir, y consciencia de su tarea y su responsabilidad. Con los

psiquiatras antropológico-existenciales de la primera mitad del s. XX viene la idea de que la personalidad no es una estructura estática o predeterminada, sino dinámica, que se configura a través de un proceso en el que los sucesos vitales o biográficos del individuo van a aportar a la aparición de maneras de *estar en el mundo* características.

Los primeros intentos por estudiar la personalidad de manera científica aparecen cuando Gordon Allport publica el libro *Personality. A psychological interpretation* en 1937. Aquí, Allport, considerado el padre de la *personología* moderna, define la personalidad como “la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan su ajuste único al ambiente” (citado por Roca Benassar, 2010, p. 9). Lo que hace Allport, y la mayoría de quienes siguen esta línea después, es centrarse en la descripción de las unidades cuantificables de personalidad para desarrollar una enorme cantidad de investigaciones empíricas. Lo que más tarde se convertirá en la teoría de rasgos tiene aquí su origen.

A mediados del siglo XX, Joseph Nuttin inaugura lo que más se asemeja al fundamento de las concepciones actuales de lo que es la personalidad al afirmar que ésta es una “construcción científica elaborada por el psicólogo para poder hacerse una idea de la manera de ser y funcionar que caracteriza al organismo psicofisiológico que denominamos persona humana” (Nuttin citado por Roca Benassar, 2010, p. 10). Para Nuttin la personalidad no tiene sustancia

ni existencia real más allá de ser un constructo útil para conceptualizar dos hechos: los comportamientos característicos relativamente estables y las diferencias individuales entre estos.

No puede dejarse de lado las enormes aportaciones que la teoría psicoanalítica trajo al entendimiento de la personalidad. Podría decirse que uno de los principales objetivos de la obra freudiana es determinar un modelo de aparato psíquico, un modelo de qué es el hombre y de cómo funciona, o lo que es lo mismo, un modelo de la personalidad. El constructo de *lo psíquico* definido por Freud (1933) explica las estructuras y las funciones que determinan las acciones, pensamientos y emociones de un individuo, estableciendo el papel causal de lo instintivo y lo inconsciente en esas determinaciones (Baca Beldomero & Roca Benassar, 2010). Freud creó una teoría de la personalidad sin proponérselo.

La personalidad, entendida como las pautas de conducta, emociones y sentimientos de un sujeto, solo puede ser estudiada mediante instrumentos de medida. De los tres modelos del aparato psíquico manejados por Freud a lo largo de su obra, es el modelo estructural freudiano (ego, ello y superyó) el que abre la posibilidad de centrar la atención en el estudio de la psicología del yo, pues aquello que tiene su origen en *lo inconsciente* solo puede ser explorado a través de técnicas analíticas. Es así como los seguidores de Freud menos ortodoxos pasan a estudiar más detenidamente la estructuración del *self* desde

una perspectiva psicodinámica. Uno de sus discípulos más fieles, Otto Fenichel (1934), es quien sobresale, al poner el constructo *carácter* a la par del de *yo*, como armonizador de las exigencias que plantea el instinto, el mundo exterior y el superyó. Para Fenichel, este carácter refleja el desarrollo histórico del individuo (Baca Baldomero & Roca Benassar, 2010).

Para llegar a la que actualmente es la concepción más universalmente aceptada en el estudio de la personalidad tenemos que retroceder hasta 1903, cuando Spearman desarrolla el análisis factorial para describir la estructura de la inteligencia, en el primer intento de medición psicométrica de la historia. Poco a poco, otros investigadores empezaron a repetir los estudios de Spearman y encontraron factores nuevos que no se correlacionaban con la inteligencia. Roca Benassar (2010) recuenta estos descubrimientos graduales: en 1915, Webb encontró un factor de voluntad, que incluía características como *perseverancia ante los obstáculos o tendencia a no abandonar las tareas*. En 1919, Garnett reanaliza los datos de Webb y descubre aun un nuevo factor que no se correlaciona ni con la inteligencia ni con la voluntad, sino que mide características como la tendencia a ser alegre, el sentido del humor y la sociabilidad.

Lo importante de estos hallazgos es el hecho de que, progresivamente, el modelo factorial de la personalidad va tomando fuerza, cambiando la concepción de la misma hacia una estructura constituida por factores

dimensionales. La psiquiatría —hija del modelo médico tradicional— ofrecerá un modelo categorial, patologizando la personalidad y olvidando sus manifestaciones *normales*. Luego, en contraposición, surgirán los teóricos de los rasgos y poco a poco se establecerán los que hoy se conocen como los modelos dominantes y más aceptados en el estudio de la personalidad.

1.1.2. Definición de personalidad

La palabra *personalidad* es ampliamente usada en el lenguaje cotidiano lego como sinónimo de individuo o persona (su raíz etimológica griega proviene de esta última, que significa *máscara*) y, por lo general, va acompañada de una serie de calificativos que pueden hacer referencia a aspectos tan variados como aptitudes, modos de relacionarse con los demás, estilos de expresión de afectos y atributos valorados socialmente. En ocasiones, la palabra se utiliza para calificar a alguien de modo general; al afirmar que un sujeto *tiene* o *no tiene* personalidad, estamos implicando la presencia o ausencia de características positivas pero, sobre todo, distintivas de su modo de ser (Pelechano, 1996).

El estudio científico de la personalidad —que es uno de los ámbitos de investigación más extendidos y antiguos de la psicología— no se aparta demasiado de la concepción de los no expertos. En términos generales, como

lo plantean Belloch Fuster y Fernández-Álvarez (2010), los psicólogos entienden la personalidad como un conjunto de características o rasgos que describen o identifican el modo habitual de ser y comportarse de un individuo, siendo posible predecir con bastante precisión su funcionamiento en diferentes contextos o situaciones vitales.

Esta aproximación a una definición más o menos general del concepto de personalidad abarca las conclusiones a las que se ha llegado tras siglos de especulación, teorización y, solo recientemente, estudios sobre este constructo, no solo por parte de la psicología y la psiquiatría, sino también la filosofía y la sociología. Al definirla como se lo ha hecho, no se pretende ignorar la enormemente diversa cantidad de teorías, posturas y perspectivas que a lo largo de la historia del pensamiento, en general, y de las ciencias humanas, en particular, han contribuido al desarrollo de los modelos que se manejan actualmente. Por el contrario, se trata de lograr una especie de sincretismo.

Mischel y Shoda (citados por Heim & Westen, 2007) han formulado una definición de términos mínimos, procurando centrarse en la dinámica de la personalidad y no en su estructura o etiología, de forma que la mayor parte de modelos explicativos puedan estar más o menos de acuerdo con ella. En este sentido, han definido la personalidad como: “una serie de patrones estables de tipo cognitivo, emocional, motivacional y conductual, que se activan en determinadas circunstancias” (p. 17). Aunque esta formulación parece haber

logrado lo imposible, una definición absoluta es impensable dada la multiplicidad de modelos teóricos que tratan de explicar la personalidad respondiendo a diferentes preguntas (descripción, dinámica, desarrollo) o basados en enfoques opuestos. Es necesario revisar, aunque solo sea someramente, los intentos por explicar la personalidad de los modelos más relevantes en la historia de la psicología.

1.1.3. Modelos teóricos en el estudio de la personalidad

1.1.3.1. Enfoques idiográficos vs. nomotéticos

En términos generales, los modelos de estudio de la personalidad caen en uno de dos grandes enfoques: el *idiográfico* o el *nomotético*. Un enfoque idiográfico se enfoca en el individuo potencialmente único. Se realizan estudios exhaustivos de cada persona en lo individual y sus resultados se toman como un camino para aprender acerca de la gente en general. Cada personalidad es única e irrepetible, según los enfoques idiográficos, por tanto, se estudia a los individuos uno a la vez, sin realizar comparaciones con otros individuos. Se describen las características individuales con palabras, en lugar de poner énfasis en mediciones numéricas (Cloninger, 2006). Los estudios de caso y los análisis psicobiográficos son ejemplos de métodos idiográficos del estudio de la personalidad.

Los enfoques nomotéticos, por otro lado, utilizan una serie de rasgos comunes y universales de la personalidad para describir a un gran número de individuos, los cuales son comparados unos con otros en base a los resultados (Cervone, 2009). Este es el enfoque usual en la investigación de la personalidad: los grupos de sujetos reciben una prueba de personalidad y se comparan sus puntajes. Cada persona recibe una calificación para determinar qué tanto poseen el rasgo en cuestión. Sin embargo, a pesar de sus ventajas científicas, el problema de los métodos nomotéticos, como lo señala Cloninger (2006), es que se enfocan en las mediciones de los rasgos en lugar de entender a la persona en su totalidad; estudian a mucha gente y la comparan sobre la base de unos cuantos puntajes numéricos, lo cual dificulta un entendimiento completo de las personas.

Tanto los enfoques nomotéticos como los idiográficos contribuyen a la psicología de la personalidad. Los estudios de individuos hacen posible una descripción más completa sobre la personalidad y sobre las causas del comportamiento, mientras que los estudios de grupos sirven para determinar si las expresiones individuales se ajustan también a las demás personas (Cloninger, 2006).

1.1.3.2. Modelos categoriales (tipos) vs. dimensionales (rasgos)

Tradicionalmente, la psiquiatría, como rama de la medicina, ha pretendido abordar los fenómenos psíquicos y las enfermedades mentales desde un modelo médico, el cual es exclusivamente categorial. Un modelo de este tipo entiende los fenómenos en términos de todo o nada, presencia versus ausencia. Si el paciente cumple con un número determinado de criterios, es diagnosticado con el trastorno en cuestión, de tal forma que o padece o no padece del trastorno, con un punto de corte arbitrario entre normalidad y patología. Este problema es patente en todas las entidades clínicas descritas en el DSM-IV-TR (APA, 2002) pero, sobre todo, representa un problema a la hora de definir los trastornos de la personalidad, y, en consecuencia, el entendimiento de la personalidad de manera global.

Se ha dicho antes que actualmente casi todos los modelos sobre personalidad coinciden en definirla como un conjunto de características o rasgos típicos del modo de ser de un sujeto en la mayoría de contextos. Si no el sentido común, la evidencia empírica arrojada por numerosos estudios en las últimas décadas (Kupfer, First & Regier, 2008; Widiger & Mullins-Sweatt, 2009; Pelechano et al., 2009), ha demostrado que estos rasgos no se manifiestan en términos de todo o nada, sino más bien en términos dimensionales o continuos. Por ejemplo, como señalan Belloch Fuster y Fernández-Álvarez (2010), un individuo puede ser *más* o *menos* introvertido, perfeccionista o agresivo que

otro. Además, esa misma persona puede manifestar *más* o *menos* introversión, agresividad o perfeccionismo dependiendo de la tarea, situación social o momento vital en que se encuentre.

La personalidad, entonces, no es concebida como una entidad concreta y específica, sino más bien como una suma de propiedades y características psicológicas de naturaleza múltiple, pudiendo hallarse en ella aspectos afectivos, cognitivos, comportamentales, motivacionales y sociales, entre otros. Por supuesto, como sucede con todo conjunto de elementos complejos, la personalidad es más que la suma de sus componentes.

De lo anterior se desprende que una entidad de esta naturaleza no puede ser estudiada mediante un sistema categorial. El acercamiento científico al estudio de la personalidad humana ha de centrarse en la búsqueda, descripción, análisis y evaluación de los elementos básicos que la configuran, tanto de manera general como individual. Esos elementos básicos (rasgos) han de ser conceptuados en términos dimensionales, es decir, según un continuo de intensidad que oscila desde la nula o inapreciable hasta la máxima posesión de los mismos. En la medida en que la intensidad de manifestación de estos rasgos interfiera con la adaptación del sujeto a su ambiente, estaremos hablando de normalidad o de patología en lo concerniente a la personalidad.

1.1.3.3. El estudio dimensional de la personalidad

La insatisfacción con el modelo categorial empleado por los sistemas de diagnóstico psiquiátricos es generalizada entre los expertos en el campo de la personalidad y sus trastornos. Desde la publicación del DSM-III (APA, 1980), el sistema categorial, que venía siendo usado desde finales del siglo XVIII, se consolidó como el objetivo último del diagnóstico, lo cual supuso una importante decepción para muchos clínicos e investigadores. Varios autores de renombre (Eysenck, 1986; Widiger, 2002; Tyrer, 2007) han criticado duramente este sistema, refiriéndose a sus criterios en términos de “arbitrarios”, “inútiles”, “ineficaces” o “sin fundamento”.

Un comité de expertos bajo el auspicio de la Asociación Psiquiátrica Americana fue conformado poco después de la publicación del DSM-IV (APA, 1994) para establecer prioridades de investigación para el DSM-5 (APA, 2013), debido a la frustración manifestada por investigadores y clínicos. Este grupo concluyó que un sistema diagnóstico de trastornos mentales basado en una lógica de categorías no solo no permite representar adecuadamente la realidad clínica, sino que además no ha conseguido encontrar avales empíricos suficientes en ninguno de los ámbitos en los que se ha aplicado: investigación psicopatológica, diagnóstico o tratamiento (Kupfer et al., 2008).

Esta es la razón por la que el informe de dicho comité se plantea buscar nuevos modos más fructíferos y útiles para describir y clasificar los trastornos mentales. Entre ellos, el enfoque dimensional emerge como un candidato idóneo. Este enfoque implica asumir que:

Los trastornos mentales no son cualitativamente diferentes de la normalidad o salud mental: antes bien, los elementos que caracterizan las diversas disfunciones y psicopatologías representan el extremo, por exceso o por defecto, de un conjunto de características que se encuentran presentes en la normalidad mental. (Belloch Fuster & Fernández-Álvarez, 2010 p.159).

Como se ve, el enfoque dimensional es una aproximación novedosa y radicalmente opuesta al entendimiento tradicional de la enfermedad mental. Al no conceptualizarla como una categoría cualitativamente distinta a la normalidad, sino como la manifestación excesiva o deficiente de las variables de la misma normalidad, este modelo inaugura la idea de *continuo psicológico*, fundamental para una comprensión más completa y acertada de la psicopatología y de la salud mental en general.

Las ventajas que supone el empleo de un modelo dimensional, de acuerdo a Belloch Fuster y Fernández-Álvarez (2010) se resumen en los siguientes puntos:

- Es más acorde con la complejidad de los síndromes observados en la práctica clínica;
- La medida dimensional se puede transformar en categorial, pero no al contrario;
- Es posible hacer análisis más finos de las características de los pacientes;
- Se facilitan al terapeuta áreas de intervención concretas;
- Se mejora la fiabilidad de la evaluación;
- La comorbilidad deja de ser un problema puesto que se puede definir a un individuo en función de sus características combinadas de rasgos y no de categorías.

Si bien el sistema dimensional podría servir para una mejor comprensión de todos los trastornos mentales, es en el ámbito de la personalidad en donde su aplicación ofrece mayores ventajas. A través de la historia de la psicología de la personalidad encontramos que los modelos teóricos que mayor aval empírico y aceptación tienen son aquellos que se han dedicado a la búsqueda de dimensiones de rasgos básicos que permitan explicar la diversidad humana. Entre los más exitosos y actualmente vigentes están el modelo de bipolaridades de Theodor Millon, el modelo psicobiológico de C. Robert Cloninger y el modelo de los Cinco Grandes factores de Paul T. Costa y Robert R. McCrae.

1.1.4. Teoría de los rasgos de la personalidad

En el siglo XX, tres teóricos sentaron las bases de la teoría de los rasgos de personalidad: Gordon Allport, Raymond Cattell y Hans Eysenck. Casi toda la investigación científica que hoy en día se realiza en psicología de la personalidad se basa en las aportaciones de estos investigadores.

No es coincidencia que al hablar de rasgos de personalidad el lego se sienta familiarizado con la idea. Cuando hablamos de la gente, de sus características, de lo que los hace ser como son, empleamos términos de los rasgos de personalidad, es decir palabras que describen los estilos típicos de la forma de ser y actuar de las personas. Las teorías de rasgos se basan en la hipótesis de que “las diferencias individuales más importantes en el intercambio humano están codificadas en términos sueltos en cualquier idioma del mundo” (Goldberg citado por Cervone, 2009, p. 218). A esta lógica, Goldberg la denominó *hipótesis léxico-fundamental*. Según la misma, los rasgos de personalidad buscados por los investigadores pueden extraerse del lenguaje cotidiano que empleamos para describirnos unos a otros.

Los rasgos de la personalidad, como los define Cervone (2009), son “aquellos patrones constantes en la forma en que un individuo se comporta, siente y piensa” (p. 190). Si describimos a un individuo como tímido, queremos decir que ese individuo tiende a ser tímido a lo largo del tiempo y en distintas

situaciones. Los rasgos tienen dos connotaciones: persistencia y distinción. Cuando hablamos de persistencia nos referimos a cierta regularidad en la manifestación del rasgo a través del tiempo y las circunstancias; una predisposición de la persona a comportarse, pensar o sentir de determinado modo. La distinción, por otro lado, se refiere a que las características psicológicas o rasgos que interesan hacen a una persona distinta en comparación con las demás.

Detrás de la teoría de rasgos está la idea de que hay una coherencia sustancial en la vida de las personas. Es decir que, pese a los cambios circunstanciales que una persona experimenta a lo largo de su vida y a los múltiples roles que debe asumir, existe una personalidad persistente subyacente. Sus atributos diferenciales perduran independientemente del tiempo y el espacio.

Uno de los aspectos que caracteriza a la teoría de rasgos es su concepción científica del estudio de la personalidad. Desde Allport (1937), el énfasis que se le da a lo cuantificable en este enfoque es claro, distanciándose de otros teóricos de la personalidad como los psicodinámicos y los humanistas. Los rasgos son concebidos como las unidades básicas de la personalidad, la cual, entonces, puede ser medida. Pero la cantidad de rasgos que surgen en los primeros intentos por formar una taxonomía es inmanejable y anula toda pretensión de cálculo. Es Cattell quien tiene por primera vez la idea de

introducir una técnica estadística y toma prestado el análisis factorial de Spearman, a quien se le atribuye su invención y con la que desarrolló su teoría unifactorial de la inteligencia (Cervone, 2009).

El análisis factorial es una herramienta estadística que se utiliza para determinar la medida en que un gran número de variables están relacionadas o coinciden (Cuadras, 2014). Es una técnica semejante a la correlación, pero en este caso no son dos las variables cuya relación intentamos calcular, sino muchas. A primera vista, parecen haber infinidad de rasgos que calcular, casi todos los adjetivos aplicables al comportamiento de una persona. Y una vez calculados, surgen aun más correlaciones entre estas variables.

Aplicando el método del análisis factorial podemos obtener un pequeño número de factores que resumen o engloban a las variables concurrentes. Esto se realiza mediante la aplicación de un gran número de reactivos a un gran número de sujetos. Así se descubre que, inevitablemente, muchos de esos reactivos están correlacionados unos con otros, pues las respuestas de los sujetos tienden a ser similares. Esos patrones en las respuestas descubiertos por el análisis factorial son los factores que subyacen al gran número inicial de variables. Obtenemos así una simplificación de la información y una agrupación estadística en la que un pequeño grupo de factores engloba a todos los rasgos de personalidad. Estos factores pasan a ser la estructura de personalidad para el teórico de los rasgos.

1.1.4.1. Modelo de los Cinco Grandes factores de Costa y McCrae

El modelo de los Cinco Grandes factores de personalidad es el resultado actual más conocido y con más evidencia, proveniente de una amplia tradición que empezó con Gordon Allport en los años treinta del siglo pasado. En la base de este modelo se encuentra la sencilla y plausible hipótesis de que el lenguaje cotidiano contiene codificadas las diferencias que existen entre las personas (rasgos de personalidad) y que mientras más significativa sea una de estas características para diferenciar a una persona de otra, mayor cantidad de términos para describirla existirían en el lenguaje, en cualquier lenguaje, sin importar las diferencias culturales, educativas, étnicas, sociales, de género, etcétera (Beloch Fuster & Fernández Álvarez, 2010).

En los años cuarenta, Raymond Cattell tomó la lista de adjetivos obtenida por Allport y su equipo una década antes (inicialmente constaba de 17.953 palabras para describir la personalidad, siendo reducida luego a 4.504), y usando técnicas factoriales, logró reducir progresivamente esos términos a 16, construyendo así su famosa prueba de personalidad 16PF. En los sesentas, varios investigadores por separado —Norman, Tupes, Christal y Goldberg, entre otros— empezaron a encontrar cinco factores recurrentes entre los 16 de Cattell, llegando a la conclusión de que estos cinco eran suficientes para describir las diferencias de personalidad, y que abarcaban a los demás rasgos. Poco a poco el modelo fue ganado aceptación entre clínicos e investigadores,

pues eran los mismos cinco factores los que iban apareciendo estudio tras estudio. A finales de los ochenta, Paul T. Costa y Robert R. McCrae redefinieron el modelo y publicaron un inventario de personalidad para evaluar esos factores, el NEO-PI-R.

A pesar de las valoraciones críticas que este planteamiento ha suscitado entre los expertos, se ha ido imponiendo como el modelo de personalidad más aceptado universalmente. Los cinco factores que según este modelo explican la mayor parte de las diferencias de personalidad normal, son los siguientes¹:

- (N) Neuroticismo o Inestabilidad emocional vs Estabilidad emocional;
- (E) Extraversión vs Introversión;
- (O) Apertura a la experiencia vs Aislamiento o Cerrazón;
- (A) Afabilidad, Cordialidad o Amabilidad vs Hostilidad o Ira;
- (C) Tesón, Responsabilidad, Minuciosidad o Escrupulosidad vs Negligencia, Dejadez o Falta de perseverancia.

Como se ve, cada factor se contrasta con su opuesto, siendo estos los dos polos en un continuo de intensidad. Según los autores, las personas que obtienen puntuaciones altas en *Neuroticismo* (N) son proclives al malestar psicológico o emocional. Implica además ideas poco realistas, necesidades

¹ Se incluyen las diversas denominaciones que se pueden encontrar en castellano. Las siglas iniciales corresponden a la denominación original en inglés de cada factor: (N)=Neuroticism, (E)=Extraversion, (O)=Openness, (A)=Agreeableness, (C)=Conscientiousness.

excesivas o dificultades para tolerar la frustración causada por la no satisfacción de esas necesidades, así como respuestas de afrontamiento desadaptativas ante el estrés. Quienes obtienen puntuaciones elevadas en *Extraversión* (E) se caracterizan por ser sociables, activos, habladores, optimistas, amantes de la diversión, y no tienen dificultades para demostrar sus afectos. La dimensión de *Apertura* (O) hace referencia a personas curiosas o con capacidad para interesarse por las cosas, imaginativas y dispuestas a considerar nuevas ideas y valores poco convencionales. Tienden a experimentar las emociones de forma más vívida o intensa que otras personas. Los que puntúan alto en *Afabilidad* (A) tienden a ser bondadosos, compasivos, amables, confiados, serviciales, altruistas o dispuestos a ayudar, atentos a las demandas y necesidades de los demás. Son sensibles y empáticos, y suelen pensar que los demás son como ellos. Finalmente, el factor *Tesón* (C) refleja el grado de organización, persistencia, control y motivación en el comportamiento finalista o dirigido a metas. Quienes obtienen altas puntuaciones son organizados, trabajadores, autocontrolados, puntuales, escrupulosos o cuidadosos, ambiciosos y perseverantes.

Cada uno de estos factores representa la síntesis de un elevado número de palabras-características que usamos en el lenguaje común para describir cómo somos y cómo son los demás. Tras sucesivos procesos de filtrado estadístico, Costa y McCrae (1992) condensaron en seis el número de palabras-atributo que mejor describían el significado de cada factor. Esas

palabras se denominaron *facetas* del factor. En el cuadro 1.1 se esquematiza el modelo con las seis facetas que se adscriben a cada uno de los Cinco Grandes.

Si se pretende que este modelo sea aceptado de manera universal, se esperaría que explique satisfactoriamente los elementos constitutivos de la personalidad no solo en la cultura y país en el que se originó, sino que pueda ser replicado exitosamente alrededor del mundo. Como explican Brody y Ehrlichman (2000), el análisis de puntuaciones en distintas lenguas puede dar lugar a estructuras ligeramente distintas, pero parece que se dan bastantes similitudes en las valoraciones de personalidad de los idiomas en los que se ha evaluado este modelo. La adaptación más conocida del modelo es la realizada por los italianos Caprara, Barbaranelli y Borgogni a inicios de los noventa en la forma del Cuestionario “Big Five” (el cual a su vez fue adaptado al español por J. Bermúdez) y es la que se expone a continuación.

Cuadro 1.1

Los Cinco Grandes factores de la personalidad humana y sus facetas, según Costa y McCrae.

FACTORES		FACETAS	
NEUROTICISMO <i>versus</i> ESTABILIDAD EMOCIONAL	Ansiedad	versus	Despreocupación
	Hostilidad, ira	versus	Imparcialidad
	Depresión	versus	Optimismo
	Ansiedad social	versus	Descaro, desvergüenza
	Impulsividad	versus	Control, constricción
	Vulnerabilidad	versus	Valentía, fortaleza
EXTRAVERSIÓN <i>versus</i> INTROVERSIÓN	Calidez/cordialidad	versus	Frialdad
	Gregarismo	versus	Retirada, aislamiento
	Asertividad	versus	Sumisión
	Actividad	versus	Pasividad
	Busca excitación	versus	Sosez, inactividad
	Emociones positivas	versus	Anhedonia
APERTURA <i>versus</i> AISLAMIENTO	Fantasia	versus	Pensamiento concreto
	Estética	versus	Desinterés
	Sentimientos	versus	Alexitimia
	Acciones, conductas	versus	Rutina
	Ideas, opiniones	versus	Intolerancia, ideas fijas
	Valores, creencias	versus	Dogmatismo
AFABILIDAD <i>versus</i> HOSTILIDAD	Confianza	versus	Desconfianza
	Honradez, franqueza	versus	Mentira
	Altruismo	versus	Explotación
	Conformismo	versus	Oposicionismo
	Modestia	versus	Arrogancia
	Sensibilidad/ternura	versus	Dureza
TESÓN <i>versus</i> NEGLIGENCIA	Competencia	versus	Ineptitud
	Orden	versus	Desorden
	Sentido del deber	versus	Irresponsabilidad
	Orientación al logro	versus	Pereza, vagancia
	Autodisciplina	versus	Negligencia
	Deliberación, Reflexividad	versus	Imprudencia, precipitación

Fuente: Belloch Fuster & Fernández-Álvarez, 2010

a) Evaluación de los Cinco Grandes: Cuestionario “Big Five”

Los criterios respecto a los que las facetas del modelo de Costa y McCrae han sido definidas a veces resultan confusos; el número de subdimensiones identificadas parece redundante y la clasificación de algunas de las facetas está en desacuerdo con lo afirmado por la mayor parte de la literatura (Brody & Ehrlichman, 2000). Estos problemas, junto con el excesivo número de ítems que conforman el cuestionario original de Costa y McCrae (el NEO-Personality Inventory, que tiene 241 ítems), han llevado a los autores italianos Caprara, Barbaranelli y Borgogni a la creación del Cuestionario “Big Five” (BFQ), el cual resuelve el problema de las subdimensiones repetitivas al dividir cada factor en dos subdimensiones bien definidas. Además, incorporan a la evaluación de los factores una escala de distorsión, con la que se mide la tendencia a dar una imagen falseada de sí mismo al responder al cuestionario. En total, el BFQ consta de 132 ítems, 12 para cada factor y 12 para la escala de distorsión.

Se trata de una superación del NEO-PI-R en cuanto a claridad y parsimonia. El número de factores y la claridad de sus subdimensiones representan una propuesta adecuada que concilia la amplitud y la especificidad de las dimensiones consideradas (Caprara, Barbaranelli & Borgogni, 1995).

Cuadro 1.2

Dimensiones y sus subdimensiones en el Cuestionario "Big Five" con ejemplos de ítems

DIMENSIONES	SUBDIMENSIONES	EJEMPLOS DE ÍTEMS
(E) Energía	(Di) Dinamismo	Creo que soy una persona activa y vigorosa.
	(Do) Dominancia	Generalmente tiendo a imponerme a las otras personas más que a condescender con ellas.
(A) Afabilidad	(Cp) Cooperación/Empatía	Si es preciso, no tengo inconveniente en ayudar a un desconocido.
	(Co) Cordialidad/Amabilidad	Creo que todas las personas tienen algo de bueno.
(T) Tesón	(Es) Escrupulosidad	Suelo cuidar todas las cosas hasta en sus mínimos detalles.
	(Pe) Perseverancia	Llevo a cabo las decisiones que he tomado.
(EE) Estabilidad Emocional	(Ce) Control de las emociones	Normalmente no reacciono de modo exagerado ni siquiera ante las emociones fuertes.
	(Ci) Control de los impulsos	No suelo perder la calma.
(AM) Apertura Mental	(Ac) Apertura a la cultura	Estoy siempre informado sobre lo que sucede en el mundo.
	(Ae) Apertura a la experiencia	Toda novedad me entusiasma.

Fuente: Caprara, Barbaranelli & Borgogni, 1995

Los nombres de los factores han sufrido cambios mínimos para ajustarse mejor al contexto lingüístico de los autores italianos. El factor Extroversión pasa a llamarse *Energía*; Amabilidad es aquí *Afabilidad*; Responsabilidad pasa a ser *Tesón*; Neuroticismo se convierte en *Estabilidad Emocional*; y Apertura es *Apertura Mental*. Hay que tener en cuenta que el cambio de denominación de los factores no altera en absoluto la definición ni el alcance de los mismos. Son las dos subdimensiones de cada factor la verdadera novedad en este instrumento. El cuadro 1.2 expone las cinco grandes dimensiones con sus respectivas subdimensiones y ejemplos de los ítems que las evalúan.

Factores, definiciones y diferencias

Con el factor Energía (E) se hace referencia a los mismos aspectos que en la literatura se asocian con el término *extraversión* y evalúa la cantidad e intensidad de la interacción interpersonal. Quienes obtienen una puntuación alta en esta dimensión tienden a definirse como dinámicos, activos, enérgicos, dominantes y locuaces. Sus subdimensiones son el *Dinamismo* (Di) y la *Dominancia* (Do). La primera mide aspectos relativos a comportamientos enérgicos y dinámicos, el entusiasmo y la facilidad de palabra. La segunda mide aspectos relacionados con la capacidad de sobresalir, imponerse, hacer valer la propia influencia sobre los demás (Caprara et al., 1995).

El factor Afabilidad (A) es el equivalente del factor *amabilidad* o *agrado* en otras interpretaciones. Como explican Caprara et al. (1995), los que alcanzan puntuaciones altas en esta dimensión suelen describirse como cordiales, cooperativos, amigables, generosos, altruistas y empáticos. Las subdimensiones que lo conforman son la *Cooperación/Empatía* (Cp) y la *Cordialidad/Amabilidad* (Co). La primera mide aspectos relacionados con la capacidad de comprender los problemas y necesidades de los demás y cooperar con ellos. La segunda mide aspectos asociados con confianza, afabilidad y apertura hacia los demás.

El factor Tesón (T) hace referencia a los mismos aspectos que el de *responsabilidad* y evalúa el grado individual de organización, persistencia y motivación en conductas orientadas a una meta. Quienes presentan puntuaciones elevadas en este factor por lo general se describen como escrupulosos, ordenados, reflexivos, diligentes y perseverantes. Lo definen las subdimensiones *Escrupulosidad* (Es) y *Perseverancia* (Pe). La primera mide cualidades como la meticulosidad, fiabilidad y amor por el orden. La segunda mide aspectos relacionados con la tenacidad y persistencia con que se ejecutan las tareas y con la tendencia a no faltar a lo prometido (Caprara et al., 1995).

Con el factor Estabilidad Emocional (EE) se alude a los mismos aspectos que han sido reunidos por otros autores bajo la denominación de *neuroticismo*, pero en el Cuestionario “Big Five” se mide al revés, es decir que las

puntuaciones elevadas en este factor indican adaptación y estabilidad, baja ansiedad, baja vulnerabilidad, baja emotividad y baja irritabilidad. Las subdimensiones que lo definen son el *Control de las emociones* (Ce) y el *Control de los impulsos* (Ci). La primera mide aspectos relacionados con el control de los estados emocionales. La segunda mide aspectos concernientes a la capacidad de mantener el control del comportamiento aun en situaciones de peligro, conflicto e incomodidad (Caprara et al., 1995).

El factor Apertura Mental (AM) se refiere a lo que otros autores definen como *apertura a la experiencia*, y evalúa la búsqueda proactiva y la apreciación por la experiencia en sí, así como la tolerancia y la exploración de lo nuevo. Quienes obtienen puntuaciones altas en esta dimensión suelen describirse como curiosos, informados, interesados por las cosas y experiencias nuevas. Sus subdimensiones son la *Apertura a la cultura* (Ac) y la *Apertura a la experiencia* (Ae). La primera evalúa los aspectos que tienen que ver con el interés por adquirir conocimientos y mantenerse informado. La segunda evalúa disposiciones más relacionadas con la actitud frente a las novedades, la capacidad de considerar las cosas desde diferentes perspectivas y la apertura favorable hacia valores, estilos y modos de vida distintos.

1.1.5. La personalidad y su relación con el consumo de sustancias

La personalidad es uno de los más importantes objetos de estudio a la hora de tratar de determinar la etiología de algunos trastornos mentales, sobre todo en lo que se refiere al fenómeno del consumo de sustancias. La dificultad del tratamiento clínico de los pacientes que presentan trastornos por consumo ha impulsado la investigación de los factores etiológicos y predisponentes de los mismos, con una enorme cantidad de investigaciones que han encontrado muy elevadas tasas de comorbilidad entre los trastornos de personalidad y los de consumo de sustancias; de hecho, de acuerdo a Verheul et al. (2009), se trata de la forma más frecuente de diagnóstico dual.

Este hecho nos obliga a considerar la posibilidad de algún tipo de asociación, si no causal, al menos sí correlacional, entre ambas variables. A continuación se explora la literatura sobre consumo de sustancias, poniendo especial énfasis en los factores de riesgo o predisponentes del mismo, entre los que se encuentra la personalidad.

1.2. Consumo de sustancias

1.2.1. Generalidades

El uso de sustancias se remonta al origen de la historia humana. Desde siempre, los seres humanos han consumido sustancias de diferentes formas y en diferentes contextos, siendo esta práctica parte de la cultura y las costumbres de todos los pueblos alrededor del mundo. La práctica persiste hasta la actualidad, aunque con el advenimiento de la sociedad industrial, el desarrollo progresivo de las ciencias de la salud y otros cambios en una serie de contextos culturales, sus consecuencias perjudiciales han aumentado. Como lo señala Becoña (2011), tanto en países desarrollados como subdesarrollados, el consumo de sustancias y sus trastornos relacionados han representado en las últimas décadas uno de los problemas de salud pública de mayor impacto a nivel internacional, afectando múltiples esferas más allá de la personal, como la económica, social y familiar.

1.2.2. Modelos interpretativos del consumo de sustancias

Antes de empezar a abordar la temática del consumo de sustancias, es indispensable aclarar desde qué perspectiva será analizada en esta investigación; empecemos por reconocer que un fenómeno como el que nos

ocupa, tanto por sus causas como consecuencias, así como por todos los elementos que lo componen, es de una complejidad enorme. Varias especialidades y ramas de la ciencia se han dedicado a su estudio desde sus diversos enfoques, por lo general atendiendo solo a aquellos aspectos del fenómeno que se relacionan directamente con su campo de estudios y descuidando sus otras múltiples facetas.

El consumo de drogas, analizado de la forma más básica y objetiva, aparentemente se reduce a la elección conductual de una persona cuyo organismo reacciona a la sustancia química ingerida, todo esto en medio de escenarios sociales repletos de variables condicionantes (Pons Diez, 2008). Aun en esa definición simplista y de términos mínimos puede verse que el fenómeno tiene implicaciones en lo psicológico, lo médico, lo bioquímico, lo sociológico, lo etnológico, lo jurídico, lo económico, lo político, lo educativo, lo histórico y lo ético, por nombrar solo algunas.

Cada una de esas ramas tiene su modelo interpretativo; lamentablemente, la mayoría de esos modelos se encuentran limitados a sus competencias y al modelo general de interpretación de la realidad que tienen, lo que significa que ajustan el fenómeno del consumo de drogas a su esquema interpretativo, reduciéndolo e ignorando muchos de sus aspectos.

1.2.2.1. Modelo psicológico-individualista

Se entiende que en un estudio de psicología, el modelo interpretativo que primará sobre los demás será el psicológico-individualista. Esto implica el entender y analizar al consumo de sustancias como una manifestación más de la conducta humana, lo que a su vez significa que se la pondrá bajo la luz de los mismos principios que rigen el comportamiento humano en general.

Desde el modelo psicológico, se presume que el consumo de sustancias es una conducta compensatoria; uno de los posibles medios que tendría el individuo para satisfacer alguna necesidad (física, psicológica o social) y que se elige al no poder encontrar un medio más adecuado o menos destructivo (Pons Diez, 2008). Ciertas variables psicológicas actúan como factores predisponentes de la conducta de consumo: rasgos de personalidad, actitudes hacia las drogas, estructura motivacional, psicopatología asociada, entre otras.

El modelo psicológico no solo analiza el consumo patológico —como lo hace el modelo médico tradicional— sino que entiende que las pautas de consumo pueden variar entre individuos de acuerdo a las variables antes mencionadas, y, en ese sentido, hace distinciones y establece parámetros y criterios para evaluar el nivel del consumo.

Es esencial exponer los fundamentos sobre los que se sostiene el principal modelo a través del cual se interpretará el fenómeno del consumo de sustancias en esta investigación. Sin embargo, sería negligente avanzar en el estudio sin reconocer las limitaciones que dicho modelo, como cualquier otro, tiene. La principal crítica teórica que ha recibido el modelo psicológico-individualista tiene que ver con el excesivo énfasis que se hace sobre los factores individuales y el consiguiente descuido de las influencias sociales y culturales sobre la conducta (Freixa, 1993).

Los factores que determinan el inicio del consumo o el desarrollo de un trastorno por consumo —que serán discutidos más adelante— son múltiples y no se encuentran restringidos al ámbito de lo psicológico. El estudio en cuestión se centra en los rasgos de personalidad, pero esto no quiere decir que se minimice el innegable efecto que otros factores, incluidos los sociales, tienen sobre la probabilidad de manifestación de la conducta de consumo.

1.2.3. Definición de sustancias

A la hora de estudiar el consumo, el primer problema con que nos encontramos es la definición de las sustancias a las que se hace referencia. Si nos referimos a estas sustancias como *drogas*, encontraremos que la Organización Mundial de la Salud clásicamente las define como “toda sustancia

que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones” (OMS, 1995). Esta definición resulta vaga e imprecisa, pues no parece referirse solo a aquellas sustancias susceptibles de causar adicción, sino a todas las sustancias que modifican las funciones de un organismo. En este sentido, incluso el agua podría ser considerada una droga.

Las sustancias a las que se hará referencia en esta investigación son drogas de abuso, y se definen como “sustancias de uso no médico con efectos psicoactivos (capaces de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptibles de ser autoadministradas” (Caudevilla, 2009). Como se ve, lo que caracteriza a una droga de abuso no son necesariamente criterios químicos (aunque los efectos en la esfera psíquica sí son resaltados), sino instrumentales y sociales: el que el propio individuo pueda administrarse la sustancia sin prescripción médica y que el objetivo de la administración sea otro que la curación de una patología.

Por supuesto, existen sustancias de uso médico (fármacos, psicofármacos, esteroides, etc.) que pueden ser consideradas drogas de abuso dependiendo del contexto en el que se las use. De nuevo, son la autoadministración y el objetivo final (no médico) del consumo las que caracterizan a una droga de abuso. Pese a las objeciones que se le pueden hacer a esta definición, se trata de la más comúnmente aceptada y es la que se utilizará al referirnos a *sustancias* a lo largo de esta investigación.

1.2.4. Clasificación de las sustancias

Los criterios de acuerdo a los cuales se puede clasificar a las drogas son múltiples y muy diversos. Según su origen, las drogas pueden ser naturales, sintéticas o semisintéticas. Según su situación sociológica podemos encontrar drogas institucionalizadas y no institucionalizadas. De acuerdo a su situación legal pueden ser legales o ilegales. El grado de peligrosidad percibido nos dice que hay drogas blandas y drogas duras. Sin embargo, todas estas clasificaciones son de escaso rigor científico y, sobre todo, susceptibles de cambiar al ser analizadas transculturalmente o al existir una modificación en la legislación.

El criterio clasificatorio menos afectado por factores susceptibles al cambio es el de los efectos de las sustancias sobre el sistema nervioso, o más precisamente, sobre el tonus psicológico, es decir el nivel de vigilancia (despierto-dormido) y el estado de humor (eufórico-deprimido). Bajo este criterio, Laporte (1976) clasifica las drogas en tres grandes grupos: depresores, estimulantes y psicotomiméticos o psicodélicos.

1.2.4.1. Depresores

Su principal efecto es la depresión del sistema nervioso central y del tonus psicológico; tienen una gran capacidad para generar tolerancia y dependencia. Se dividen en tres grandes familias. En primer lugar están el opio y sus derivados (heroína, codeína, metadona, etc.). Son analgésicos potentes. En general producen un estado de relajación, tranquilidad, indiferencia, baja concentración y euforia. En segundo lugar tenemos el alcohol y sus derivados. Se encuentra en bebidas fermentadas (como el vino o la cerveza) y destiladas (como el whisky o el vodka). En dosis bajas produce un aparente efecto estimulante, desinhibidor y eufórico; sus efectos depresores van apareciendo a medida que se incrementa la dosis, pudiendo producir sueño, coma y paro cardiorespiratorio. También están incluidos en este grupo los inhalantes o solventes volátiles encontrados en la gasolina, pegamentos, barnices, y demás productos similares. El tercer grupo de depresores lo constituyen los hipnóticos y sedantes como los barbitúricos y las benzodiacepinas, utilizados en psiquiatría para tratar trastornos ansiosos y depresivos.

1.2.4.2. Estimulantes

Su efecto principal, contrario al de los depresores, es la estimulación del sistema nervioso central y el organismo en general, excitando el tonus

psicológico, promoviendo la vigilia y el estado de ánimo eufórico. Presentan tolerancia y dependencia psicológica pero la dependencia física es más difícil de observar. Pueden dividirse en cuatro subgrupos. En el primero están la coca y su principio activo, la cocaína. Inhibe las sensaciones de fatiga, sueño y hambre, a la vez que potencia las sensaciones de vigor, omnipotencia y lucidez. Es un poderoso anestésico local. La capacidad para generar adicción está influido por la vía de administración: fumar e inyectarse cocaína es más adictivo que esnifarla. El segundo subgrupo lo forman las anfetaminas. Se trata de sustancias sintéticas, emparentadas con la adrenalina y la efedrina. Su principal efecto es una sensación de alerta, de energía, de euforia, aumento de la actividad y de la comunicación y pérdida del sueño y el apetito. El éxtasis (MDMA) es un derivado anfetamínico con leves efectos alucinógenos. En el tercer subgrupo está el tabaco y su principio activo, la nicotina. Su efecto intoxicante en el sistema nervioso es muy sutil y subjetivo, pero se trata de una combinación de efectos estimulantes y depresores. El último subgrupo lo forman las xantinas, alcaloides que constituyen el principio activo del café, el té, el mate y el cacao, cuyos efectos estimulantes son bajos pero significativos en dosis altas.

1.2.4.3. Psicotomiméticos o psicodélicos

Su efecto característico es la deformación de la percepción y de la sensación. No se ha encontrado evidencia concluyente sobre los niveles de dependencia fisiológica o psicológica en estas sustancias. Lo forman dos familias: el cannabis y los alucinógenos. Se conoce como cannabis a todos los productos derivados de la planta *Cannabis sativa*, como la marihuana, el hashish y la “grifa”. Su principio activo es el delta-9 tetrahidrocannabinol (THC) que básicamente produce alteraciones de la percepción (amplificación de las sensaciones y pensamientos), desinhibición, disminución de la memoria a corto plazo y de la atención, cierto grado de confusión y somnolencia. Finalmente, los alucinógenos están conformados por muy diversos productos tanto naturales como sintéticos. Entre los naturales están las solanáceas (belladonna, estramonio), la mescalina (peyote, san Pedro), la psilocibina (hongos), la fenciclidina y el DMT (ayahuasca, yagé). El alucinógeno sintético más famoso es la dietilamida del ácido lisérgico (LSD). Producen alucinaciones e ilusiones, estados alterados de consciencia, confusión, paranoia y cuadros agudos similares a la psicosis.

El DSM-5 (APA, 2013) considera una lista específica de sustancias proclives de desarrollar trastornos inducidos por ellas (intoxicación y síndrome de abstinencia) o trastornos por su consumo (nivel de gravedad del consumo). Todas estas sustancias entran en alguna de las clasificaciones antes descritas, pero es importante listarlas para tener clara la clasificación de la APA:

- alcohol;
- cafeína;
- cannabis;
- alucinógenos (fenciclidina y otros);
- inhalantes;
- opiáceos;
- sedantes, hipnóticos o ansiolíticos;
- estimulantes;
- tabaco;
- sustancias desconocidas.

El listado de la APA no es exhaustivo. Está basado en estudios epidemiológicos y por tanto lista las sustancias que han generado mayor prevalencia de trastornos. Sin embargo, es importante tener en cuenta que de acuerdo a la *Convención única de 1961 sobre estupefacientes* y al *Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971*, existen al menos 234 sustancias ilícitas reconocidas y controladas internacionalmente (UNODC, 2013). Como si fuera poco, cada año surgen nuevas sustancias psicoactivas sintetizadas para evadir el control y explotar los vacíos legales de las Convenciones antes mencionadas.

Para mediados del 2012 ya se habían identificado 251 nuevas sustancias psicoactivas no controladas (UNODC, 2013).

1.2.5. Uso, abuso y dependencia de sustancias: criterios diagnósticos en el DSM-IV-TR y el DSM-5

Al hablar de *consumo* de sustancias se está usando un concepto genérico que solo hace referencia a la ingestión de una sustancia por parte de un individuo en un momento dado (Pons Diez, 2008). No todo consumo es problemático; se puede hablar de niveles de gravedad del consumo, empezando por el consumo único experimental (de una sola vez en la vida), pasando por consumos esporádicos (sin daño a la salud), y luego están también los consumos riesgosos, continuados, sostenidos, que empiezan a generar problemas en diversas áreas de la vida de la persona involucrada si la droga sigue consumiéndose pese a estas consecuencias perjudiciales.

Cuando el consumo llega a estos niveles, interfiriendo con el funcionamiento normal de un individuo en múltiples áreas, estamos hablando de un trastorno por consumo de sustancias. Hasta la cuarta edición revisada del DSM de la APA (2002), estos trastornos se diferenciaban entre *abuso* y *dependencia* de sustancias, de acuerdo al número de criterios con los que cumplían, relacionando esta medida cuantitativa con el nivel de severidad del

consumo y sus consecuencias. En los cuadros 1.3 y 1.4 se muestran los criterios para el abuso y la dependencia de sustancias respectivamente.

Cuadro 1.3

Criterios diagnósticos para el abuso de sustancias, según el DSM-IV-TR

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:
1. consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (por ejemplo, ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa);
 2. consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (por ejemplo, conducir el automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia);
 3. problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (por ejemplo, arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia);
 4. consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (por ejemplo, discusiones con la esposa acerca de los efectos de la intoxicación, o violencia física).
- B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, cuarta edición revisada, 2002

Cuadro 1.4

Criterios diagnósticos para la dependencia de sustancias, según el DSM-IV-TR

- A. Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un malestar o deterioro clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:
1. tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
 - b. el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado
 2. abstinencia definida por cualquiera de los siguientes ítems:
 - a. el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (criterio A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas)
 - b. se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia
 3. la sustancia se toma con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía
 4. existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia
 5. se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (por ejemplo, una dosis tras otra) o en la recuperación de los efectos de la sustancia
 6. reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia
 7. se continúa tomando la sustancia a pesar de tener consciencia e problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera)

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, cuarta edición revisada, 2002

En la quinta edición del mismo manual (APA, 2013) se habla de forma más general de *trastornos por consumo de sustancias*. Los criterios que se manejan son mucho más claros, específicos y se encuentran mejor agrupados. En lugar de diferenciar los trastornos por consumo en dos trastornos diferentes (a saber: abuso y dependencia de las distintas sustancias), en el DSM-5 se diagnostica el trastorno al cumplirse dos o más de los síntomas indicados, y su severidad se evalúa mediante una escala continua que va de *leve* a *grave*. Los criterios diagnósticos para el uso de sustancias en general se detallan en el cuadro 1.5. Tómese en cuenta que, de acuerdo a la sustancia específica, ciertos criterios varían para ajustarse a las características exclusivas de los efectos y el mecanismo de acción de la misma.

Además de reunir en un solo trastorno lo que en la edición anterior eran dos, en el DSM-5 se evalúa la gravedad del mismo de acuerdo al número de criterios que se cumplen, teniendo así:

- *Leve*: presencia de 2-3 síntomas.
- *Moderado*: presencia de 4-5 síntomas.
- *Grave*: presencia de 6 o más síntomas.

Cuadro 1.5

Criterios diagnósticos para los trastornos por consumo de sustancias, según el DSM-5

- A. Un modelo problemático de consumo de sustancias que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
 2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.
 3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
 4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.
 5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
 6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
 7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
 8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
 9. Se continúa con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
 10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:
 - a. Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
 - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de la sustancia.
 - 1) Abstinencia, manifestada por algunos de los siguientes hechos:
 - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de la sustancia en cuestión.
 - b. Se consume la sustancia (u otra muy similar o con efectos similares) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición, 2013

1.2.6. Características de la conducta adictiva

En cualquier caso, el objeto de análisis en cualquiera de los dos versiones diagnósticas es la conducta adictiva, la cual presenta siempre ciertas características que, según Sánchez Carbonell (2009), pueden resumirse como sigue:

- Obsesión, necesidad irresistible y deseos intensos de consumir la sustancia.
El consumo cose vuelve prioritario ante cualquier otra actividad;
- Compulsión o pérdida del control de las conductas orientadas a conseguir la sustancia en cuestión;
- Aparición de un síndrome de abstinencia, es decir, la aparición de signos y síntomas, tanto físicos como psicológicos, de intensidad diversa, al interrumpirse la administración de la droga;
- Desarrollo de tolerancia a la sustancia, proceso por el que la persona requiere dosis cada vez mayores para conseguir el efecto deseado;
- Los graves problemas que aparecen en las esferas física, personal, familiar, laboral y social.

La conducta adictiva es un fenómeno complejo en cuanto a causas, componentes y consecuencias. Aunque se han determinado muchos de sus elementos y dinámicas, queda mucho por hacer en investigación. A continuación se revisan algunos conceptos asociados con el consumo.

1.2.7. Definiciones básicas en torno al consumo de sustancias

1.2.7.1. Intoxicación

Se trata del desarrollo de un síndrome específico relacionado con la ingesta reciente de una sustancia psicoactiva. Durante este estado (mientras se consume o poco después de haberse administrado la sustancia) aparecen comportamientos y cambios psicológicos clínicamente significativos y problemáticos que se atribuyen a los efectos fisiológicos sobre el sistema nervioso central de la sustancia consumida (APA, 2013). Por último, la intoxicación por sustancias aparece en individuos con trastornos por consumo de sustancias, pero no exclusivamente en ellos, pues cualquier persona que consuma determinada sustancia psicoactiva desarrollará los síntomas.

Como los lista el DSM-5 (APA, 2013), los cambios más comunes en la intoxicación incluyen alteraciones en la percepción, el estado de alerta, la atención, el pensamiento, el juicio, el comportamiento psicomotor y el comportamiento interpersonal. Los signos y síntomas de una intoxicación aguda o de corto plazo no son los mismos que aquellos que aparecen en una intoxicación crónica o sostenida.

1.2.7.2. Síndrome de abstinencia

El síndrome de abstinencia, como lo define Becoña (20011), es el conjunto de signos y síntomas físicos y psicológicos que aparecen al interrumpir bruscamente la administración de una sustancia, y desaparecen al reanudar su consumo o al administrar una sustancia con efectos similares sobre el sistema nervioso central. La base fisiológica de este fenómeno es la serie de cambios neuroadaptativos que se producen en el sistema nervioso central como consecuencia de la administración prolongada y habitual de una sustancia psicoactiva. Por lo general, son necesarias varias semanas de uso cotidiano de la droga en cuestión para producir cambios neuroadaptativos que desencadenen un síndrome de abstinencia si se detiene el consumo de forma brusca. Estos síntomas producen malestar y llevan al individuo a recaer en el consumo para aliviarlos o evitar su aparición (Caudevilla, 2009).

1.2.7.3. Tolerancia

La tolerancia es la necesidad progresiva de aumentar la dosis de la sustancia administrada para conseguir los mismos efectos que se conseguían al principio con dosis más bajas. Como lo explica Caudevilla (2009), esto sucede debido a que el efecto buscado en una sustancia se disminuye con el uso continuado puesto que este genera cambios neuroadaptativos.

1.2.7.4. Craving

El término anglosajón *craving* hace referencia a un deseo extremadamente intenso e irrefrenable por conseguir determinada sustancia y consumirla. Algunas drogas, entre ellas el alcohol, la nicotina y la cocaína, tienen más facilidad para provocar este efecto en consumidores habituales o dependientes. El craving puede aparecer semanas o incluso meses después de haber abandonado el consumo y haber superado el síndrome de abstinencia (Caudevilla, 2009). Podría decirse que se trata de un efecto psicológico residual del consumo continuado. El craving es uno de los nuevos criterios considerados para el diagnóstico de trastornos por consumo de sustancias en el DSM-5 (APA, 2013).

1.2.7.5. Dependencia física

Se trata de un estado de adaptación del organismo ante la administración continuada de una sustancia y se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga, es decir, los trastornos del síndrome de abstinencia característico de cada droga. Los síntomas y signos tienden a ser de naturaleza opuesta a aquellos generados por los efectos de las drogas. Por ejemplo, la dependencia física de una droga estimulante como la anfetamina, se manifiesta con somnolencia,

apatía y depresión al dejar de administrar la droga, mientras que la dependencia física de una droga sedante, como los barbitúricos, se mostraría de forma muy diferente, con alucinaciones y convulsiones, como evidencia de la estimulación en ciertas áreas del cerebro. Sin embargo, aunque algunos de estos síntomas son fácilmente identificables, un cuadro agudo de abstinencia es intensamente estresante para un individuo físicamente dependiente de una sustancia, en el cual, todas las respuestas corporales al estrés se activarían (sistema nervioso autónomo) y el cuadro se vería opacado por estas reacciones (Ghodse, 1991).

1.2.7.6. Dependencia psicológica

La dependencia psicológica es la situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular de la sustancia para producir placer o evitar malestar (Becoña, 2011). Aunque esta definición es técnicamente precisa, resulta que no ayuda a describir apropiadamente la experiencia de un individuo que depende psicológicamente de una droga. Descrita elocuentemente por quienes la han experimentado, la dependencia psicológica se siente “como si a droga te llamara” o “siempre presente, bajo la superficie pero insistiendo en que consumas” (Ghodse, 1991, p. 9). El impulso psíquico para obtener y consumir la sustancia a menudo es minimizado por quienes no lo han experimentado,

quienes tienden a considerarlo como debilidad de voluntad o falta de motivación para detener el consumo. Nada podría estar más lejos de la realidad; la dependencia psicológica es una compulsión predominante para consumir, aun a sabiendas de los daños y las consecuencias negativas del consumo.

1.2.8. Fases del desarrollo del consumo de sustancias

Como se ha señalado antes, el consumo de sustancias es un fenómeno universal, transcultural y que afecta a millones de individuos alrededor del mundo, siendo actualmente el principal problema de salud pública en muchos países. Sin embargo, como dice Becoña (2002), el paso del uso a la dependencia no es un proceso que se da inmediatamente, sino que atraviesa algunas fases bien identificadas, las cuales se describen a continuación:

- *Fase previa o de predisposición*: Los factores de riesgo y protección juegan un papel fundamental en esta fase ya que determinan que las probabilidades de que se inicie un consumo de sustancias aumenten o disminuyan. Estos factores pueden ser biológicos, psicológicos o socioculturales, y serán analizados en detalle más adelante.
- *Fase de conocimiento*: Consiste en la aproximación, que puede ser activa o pasiva, a la sustancia y sus efectos en forma de conocimiento de los

mismos. Dependerá de la disponibilidad o accesibilidad a la sustancia en el entorno del individuo, así como de la información o publicidad circundante de la misma.

- *Fase de experimentación:* Tras el conocimiento de la existencia de la sustancia y sus efectos, puede tener lugar el primer consumo de manera experimental, o bien el sujeto podría continuar sin consumir. Que suceda lo uno o lo otro dependerá de nuevo de los factores de riesgo y protección.
- *Fase de consolidación:* Es el momento en el que se da el paso al abuso o la dependencia de la sustancia, incrementándose la frecuencia del consumo, volviéndose problemático y empezando a desatar todas las características de estos síndromes que ya se han explicado anteriormente. Que esto suceda dependerá sobre todo de las consecuencias positivas o negativas asociadas al consumo, ligadas a su vez con la familia del sujeto, sus iguales y la propia persona, así como el tipo de sustancia (algunas tienen mayor potencial adictivo que otras). Si el consumo se mantiene en el tiempo podemos hablar de una adicción consolidada.
- *Fase de abandono o mantenimiento:* En esta fase, el individuo evaluará si las consecuencias negativas del consumo son más importantes que las positivas y podría llegar a abandonar la sustancia. Esta toma de consciencia puede producirse por causas externas, como la presión del entorno (familia,

pareja, legal, salud) o internas. Es la fase en la que los tratamientos para el abandono del consumo cobran especial importancia y podrían rendir efecto, consiguiendo una abstinencia a largo plazo.

- *Fase de recaída*: Es muy habitual que dentro de un proceso de abandono de una sustancia existan una o más recaídas, las cuales pueden producirse incluso años después del último consumo.

Todo este proceso es complejo y en él interfieren múltiples factores que deben ser considerados a la hora de realizar un diagnóstico y, sobre todo, al elaborar un plan de tratamiento.

Es importante hacer incapié en el hecho de que, por definición, es la adolescencia el período más crítico en lo que se refiere a conductas de riesgo en general y, en particular, al uso de sustancias, siendo este el momento de la vida del individuo en que es más proclive a iniciar el consumo experimental (Becoña, 2008). La adolescencia se caracteriza por diversos cambios en distintas facetas de la vida del individuo; su principal tarea es la elaboración de su identidad, lo cual tiende a generar mucha crisis y confusión. Sin embargo, hay que mencionar que en la mayoría de casos, el empleo de sustancias psicotrópicas —sobre todo las ilegales— es esporádico y desaparece al final de la adolescencia, pues hay autores que incluso lo consideran “parte del proceso de individuación o construcción del *sí mismo*” (Aquilino & Supple, citados por

Becoña, 2011, p. 47).

El paso a la adultez, por otro lado, caracterizado principalmente por el inicio de la actividad laboral, la formación de una familia propia y en general la asunción del rol de adulto, es el factor que más influye en la disminución del consumo de sustancias (Becoña & Calafat, 2006).

Sabemos que aunque estos momentos vitales son críticos en el desarrollo de posibles adicciones, las variables que aumentan o disminuyen la probabilidad de consumo de sustancias son muchas y muy variadas, y merecen ser analizadas.

1.2.9. Factores de riesgo para el consumo de sustancias

Se entiende por factor de riesgo, según Clayton, “un atributo y/o característica individual, condición situacional y/o contexto ambiental que incrementa la probabilidad de uso y/o abuso de drogas (inicio) o una transición en el nivel de implicación con las mismas (mantenimiento)” (citado por Becoña, 2011, p. 48). En el cuadro 1.6 se presentan los factores de riesgo que se han demostrado relevantes en la literatura científica en los ámbitos familiar, comunitario, del grupo de iguales, escolar e individual, siguiendo el esquema propuesto por Becoña.

Cuadro 1.6

Factores de riesgo para el consumo de sustancias

Tipo de factor	Factores específicos
Factores familiares	Consumo de alcohol y drogas por parte de los padres. Baja supervisión y disciplina familiar. Conflicto familiar. Historia familiar de conducta antisocial. Bajas expectativas para los niños o para el éxito. Abuso físico.
Factores comunitarios	Deprivación económica y social. Desorganización comunitaria. Cambios y movilidad de lugar. Creencias, normas y leyes de la comunidad favorables al consumo. Disponibilidad y accesibilidad a las drogas. Baja percepción social de riesgo de cada sustancia.
Factores de los compañeros e iguales	Actitudes favorables de los compañeros hacia el consumo. Compañeros consumidores. Conducta antisocial o delincuencia temprana. Rechazo por parte de los iguales.
Factores escolares	Bajo rendimiento académico. Bajo apego a la escuela. Tipo y tamaño de la escuela (grande). Conducta antisocial en la escuela.
Factores individuales	Biológicos Psicológicos y conductuales. Rasgos de personalidad.

Fuente: Becoña, 2002.

1.2.9.1. Factores familiares

El grupo familiar es el primer contacto social del individuo; allí la persona crece, desarrolla su personalidad y sus primeras interpretaciones del mundo. Existe una serie de condiciones familiares que han sido estudiadas como predisponentes en relación con las adicciones. La relación de apego con los padres influye en la conformación de la personalidad y en la adquisición de recursos necesarios para el afrontamiento de las dificultades que irán apareciendo a lo largo de la vida. Un apego inseguro (temeroso-evitativo) está relacionado con depresión, ansiedad y estrategias inadecuadas de afrontamiento ante el estrés emocional, entre las cuales se encuentra el consumo de sustancias (Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt & Küstner, 2007). El tipo de crianza —según Shaffer (2000): autoritario, permisivo, democrático o indiferente— podrá influir también en la probabilidad de la aparición de problemas de consumo.

El clima, la disciplina y la estructura familiar juegan también un importante papel. Tensiones, inconsistencias y disfunciones, al distorsionar el normal desarrollo del individuo y su relación con el mundo, se vuelven predictores de conductas de riesgo (Pfiffner, McBrunett & Rathouz, 2001). Por último, el uso de sustancias —aunque sean legales— por parte de los padres y sus actitudes hacia el mismo constituyen un factor fundamental, pues la relación con el consumo en los hijos es directamente proporcional (Becoña, 2011).

1.2.9.2. Factores comunitarios

Ciertos factores representativos de cada sociedad, como los valores, las creencias y los estilos de vida, van a determinar la relación de esta y sus miembros con las sustancias. Como señala Becoña (2002), se ha visto que la privación social y la desorganización comunitaria —como se ve en los barrios marginales de ciertas grandes ciudades—, son facilitadores de conductas delictivas que por lo general están también ligadas al consumo de sustancias.

La percepción de riesgo y las creencias que tenga una comunidad en particular sobre las diferentes sustancias determinará directamente el nivel de consumo en la misma y los posibles problemas por abuso o dependencia. La legislación sobre las sustancias en cada comunidad se define por el riesgo percibido de ellas dentro de dicha comunidad (Martínez-González, Trujillo & Robles, 2006). Asociado a esto, está la disponibilidad de las sustancias en una comunidad, y dentro de esta su precio, pues al ser mayor el precio, el consumo disminuye y viceversa (Chaloupka, Cummings, Morley & Horan, 2002).

1.2.9.3. Factores de los compañeros e iguales

Se ha dicho ya que la adolescencia es una etapa crucial en lo que respecta al consumo de sustancias y al posible desarrollo de problemas

derivados. Una de las razones tiene que ver con que en este momento vital, el grupo de iguales adquiere una gran importancia para el individuo, quien progresivamente se aleja de su grupo familiar para pasar más tiempo con sus compañeros, con quienes se siente más identificado. El papel del grupo de iguales como factor de riesgo ha sido ampliamente demostrado en la investigación (Swadi, 1989, Friedman & Glassman, 2000, Simons-Morton, 2007). La presión directa o indirecta que el grupo ejerza, así como las actitudes del mismo hacia el consumo, unidas a la percepción que el propio sujeto tenga de las drogas, serán factores determinantes de un posible inicio en el consumo.

1.2.9.4. Factores escolares

Como dice Becoña (2011), “junto con la familia, la escuela es uno de los primeros agentes socializadores desde la infancia temprana, y en ella los niños y adolescents pasan gran parte del día” (p. 54). Esto la convierte en un importante factor de riesgo o protección ante el consumo de drogas. Algunas de las circunstancias que influyen son el rendimiento escolar —el riesgo de consumo aumenta cuando existe fracaso—, el tamaño de la escuela —mientras más grande, menor control e implicación y mayor riesgo de consumo— y la satisfacción general con la escuela —la inconformidad, el desinterés y las ausencias predicen el inicio de conductas desviadas y de consumo— (Becoña, 2011).

1.2.9.5. Factores individuales

Los factores individuales de riesgo para el consumo son muchos. Una agrupación coherente y comprensiva de los mismos es la que hacen Kumpfer et al. (1998), quienes los distinguen entre biológicos, psicológicos y conductuales y los de personalidad.

a) Factores biológicos

Factores genéticos

Se han realizado incontables investigaciones en esta línea para tratar de determinar el grado de relación entre el consumo de sustancias —sobre todo de alcohol— en padres y el posible desarrollo de problemas de consumo por parte de sus hijos. En distintos estudios familiares se encontró que la prevalencia de alcoholismo familiar entre alcohólicos varones es del 50% (Merikangas, 1990). Ha quedado demostrado que los jóvenes alcohólicos suelen tener familiares también alcohólicos, con edades tempranas de comienzo y formas severas de adicción. En los estudios genéticos se ha encontrado que los hijos de alcohólicos en adopción tienen una probabilidad de 3 a 4 veces mayor de desarrollar problemas por consumo de alcohol que los hijos de no alcohólicos en adopción. (Bierut et al., 1998). Otros estudios con muestras grandes y

representativas, encontraron que los problemas de consumo de alcohol eran mayores entre gemelos monocigóticos que en dicigóticos (Goodwin, 1979).

En su estudio para el Yale Family Study, Merikangas y Avenevoli (2000) determinaron que efectivamente la historia familiar de problemas de consumo de sustancias es un factor de vulnerabilidad premórbida para el desarrollo de los mismos problemas en la descendencia expuesta.

Factores de tipo biológico

El Plan Nacional sobre Drogas de España (2002) identificó al sexo y a la edad como factores claramente relacionados con el mayor o menor consumo de sustancias. Ser varón y tener más de 16 años son factores de riesgo que aumentan la probabilidad de consumo de sustancias ilegales. El consumo de sustancias legales está casi igualado entre varones y mujeres. El pico de inicio de consumo se da en la pubertad y empieza a disminuir tras la adolescencia, al pasar a la edad adulta.

Factores constitucionales

El dolor y la enfermedad crónica son factores de riesgo para el consumo de sustancias (Hawkins, Catalano & Miller, 1992). Así también, como encontraron Becoña y Lorenzo (2001) las personas con problemas de salud mental (como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, la ansiedad social, entre otros) suelen consumir drogas con la finalidad de hacer sus síntomas más soportables. En la siguiente sección se analiza este tipo de factores con más detalle.

b) Factores psicológicos y conductuales

Psicopatología y problemas de salud mental

Gracias a los numerosos estudios epidemiológicos en el campo de la psicopatología infantil y adolescente (Newcomb, Maddahian & Bentler, 1986; Lynskey & Fergusson, 1995; van Emmerik-van Oortmerssen, 2011), se ha logrado identificar la prevalencia de ciertos trastornos mentales y, sobre todo, su relación con el consumo de sustancias. La depresión, los trastornos de conducta y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, son algunos de los problemas psicopatológicos que aparecen en la infancia o en la adolescencia y que predicen el desarrollo de trastornos por consumo de

sustancias en la edad adulta.

Agresividad

Las investigaciones en donde se ha estudiado la relación entre agresividad en la infancia (entendida bajo las denominaciones de agresión, rebeldía, temperamento difícil, dificultades interpersonales, trastornos emocionales e impulsividad) y consumo de sustancias, muestran siempre correlaciones entre ambos (Brook, Whiteman, Finch & Cohen, 1995; Gilvery, 2000; Stacey & Newcomb, 1995).

Tómese en cuenta que la agresividad, de la forma en que ha sido definida en esos estudios, sería un claro síntoma de un trastorno de conducta (ya definido antes como uno de los trastornos psicopatológicos que representan un factor de riesgo) y de desarrollo de un posible trastorno antisocial de personalidad, con el cual, como se verá más adelante, el consumo de sustancias tiene una alta comorbilidad.

Consumo temprano de drogas

Casi todos los estudios y revisiones coinciden en que el consumo de sustancias antes de los 15 años de edad es un importante factor de riesgo para el posterior uso de las mismas (ej. Anthony & Petronis, 1995; Gilvery, 2000; Kandel & Yamaguchi, 1993; Muñoz-Rivas et al., 2000; etc.). Sin embargo, debe tenerse en cuenta que el hecho de que se produzca un consumo antes de los 15 años depende de otros factores que ya se han analizado (pobre control familiar, grupo de iguales que consumen drogas, fracaso escolar) y que llevan a conductas precoces para la edad, entre las que puede encontrarse el consumo de sustancias.

Consecuencias del abuso físico, sexual y emocional

Félix-Ortiz y Newcomb (1999) demostraron que, entre los múltiples problemas generados o exacerbados por los diferentes tipos de abuso (emocional, físico y sexual), el consumo de sustancias es muy prevalente, tanto el momento en que se produce el abuso como en la vida posterior del sujeto.

Actitudes favorables hacia el consumo de drogas

Las actitudes de un individuo respecto a diferentes fenómenos se forman tanto en el hogar como con el grupo de iguales. En un largo estudio de seguimiento, Jessor, Donovan y Costa (1991) encontraron que las personas formaban su actitud respecto a las drogas paulatinamente, a partir de su observación tanto de la conducta (consumo) como de las actitudes sobre las drogas que tenían sus padres y sus grupos de iguales. Por lo general, estas actitudes van evolucionando hacia una mayor tolerancia y aceptación respecto al consumo de drogas desde la niñez hasta la adolescencia, lo cual se vuelve otra parte de la explicación del generalizado inicio de consumo en la adolescencia.

La actitud es el paso previo a la intención conductual, que a su vez precede a la conducta en sí (Becoña, 1999). Una actitud favorable ante el consumo de sustancias posibilita que dicho consumo se produzca, pues mientras más favorable sea esta actitud se disminuye la percepción de riesgo de las drogas y viceversa.

Ausencia de valores ético-morales

La ausencia de *valores ético-morales* —constructo que encierra características tales como no interiorizar las normas sociales o no aceptar el modelo social en el que se vive— ha sido identificado como otro factor de riesgo para el consumo de drogas por varios autores (Jessor et al., 1991; Hawkins et al. 1992).

c) Rasgos de personalidad

La búsqueda de un tipo de personalidad característica del adicto tiene una larga historia y recorrido en la investigación psicológica. Ha sido frecuente que los investigadores teoricen sobre la existencia de un perfil de personalidad típico del consumidor; aunque no haya un *tipo* de personalidad *adictiva*, desde el enfoque dimensional podría teorizarse que ciertos rasgos predisponen al sujeto a la conducta adictiva. Pese a que se han analizado muchos rasgos en múltiples estudios, solo unos pocos han surgido como significativos para explicar una parte del consumo de sustancias y no siempre se han encontrado relaciones consistentes. Entre los rasgos o variables de personalidad que se han propuesto, destacan la búsqueda de sensaciones, la personalidad límite y la personalidad antisocial.

Búsqueda de sensaciones

Se utiliza el constructo *búsqueda de sensaciones* para referirse al rasgo que caracteriza a un individuo por su necesidad de tener sensaciones y experiencias nuevas, variadas y complejas, junto al deseo de asumir riesgos sociales o incluso físicos para satisfacerlas (Becoña, 2008). Toda una serie de estudios, como lo ha revisado Muñoz-Rivas et al. (2000), han encontrado sistemáticamente un relación significativa entre el constructo de búsqueda de sensaciones y el consumo de sustancias en todos los grupos de edad.

En el modelo de los Cinco Grandes factores de personalidad, este constructo estaría relacionado con el rasgo Apertura Mental. Se esperaría que un individuo con un trastorno por consumo de sustancias obtenga una puntuación alta en dicha dimensión.

Personalidad límite

Está bastante documentada la comorbilidad entre el trastorno límite de la personalidad y los trastornos por consumo de sustancias (Beck et al., 1999; Beck et al., 2005; Fernández et al., 2009), probablemente debido a la superposición de criterios diagnósticos, pues entre los del trastorno límite de personalidad se encuentra la impulsividad en áreas potencialmente auto-

lesivas, como el consumo de drogas (APA, 2013). El resto de características de este trastorno de personalidad son altamente prevalentes en consumidores de sustancias (Ros, Peris & Gracia, 2003). Entre ellas se encuentran la inestabilidad de la autoimagen y del sentido del yo, el estado de ánimo altamente reactivo, la sensación crónica de vacío, dificultad para controlar la ira, y otros similares.

Como se ve, en general se trata de criterios que pueden ser englobados dentro del constructo/rasgo Estabilidad Emocional, propuesto por Caprara et al. (1995). Una puntuación baja en las subdimensiones Control de emociones y Control de impulsos, pertenecientes a este rasgo, sería predecible en un paciente con trastorno por consumo de sustancias.

Personalidad antisocial

Al igual que en el caso de la personalidad límite, la personalidad antisocial tiene un historial consistente de comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias, según hallazgos en numerosas investigaciones (Beck et al., 1999; Beck et al., 2005; Fernández et al., 2009). Los criterios diagnósticos de un trastorno de personalidad antisocial son más difíciles de relacionar con los rasgos de personalidad propuestos en la teoría de los Cinco Grandes. En el cuadro 1.7 se trata de relacionar cada ítem del criterio A para el diagnóstico del

trastorno de personalidad antisocial con las dimensiones o subdimensiones de personalidad según Caprara et al. (1995).

Cuadro 1.7

Relación entre los ítems del criterio A para el diagnóstico del trastorno de la personalidad antisocial según el DSM-5 y las dimensiones y subdimensiones de personalidad propuestas por Caprara, Barbaranelli y Borgogni (1993).

Criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad antisocial (DSM-5)	Dimensiones de personalidad relacionadas	Subdimensiones de personalidad relacionadas
1. Incumplimiento de las normas sociales respecto a los comportamientos legales, que se manifiesta por actuaciones repetidas que son motivos de detención.	—	—
2. Engaño que se manifiesta por mentiras repetidas, utilización de alias o estafa para provecho o placer personal.	Afabilidad	Cooperación/Empatía
3. Impulsividad o fracaso para planear con antelación.	Estabilidad Emocional Tesón	Control de impulsos Escrupulosidad
4. Irritabilidad y agresividad, que se manifiesta por peleas o agresiones físicas repetidas	Estabilidad Emocional	Control de emociones Control de impulsos
5. Desatención imprudente de la seguridad propia o de los demás.	Afabilidad	Cooperación/Empatía
6. Irresponsabilidad constante, que se manifiesta por la incapacidad repetida de mantener un comportamiento laboral coherente o cumplir con las obligaciones económicas.	Tesón	Escrupulosidad Perseverancia
7. Ausencia de remordimiento, que se manifiesta con indiferencia o racionalización del hecho de haber herido, maltratado o robado a alguien.	Afabilidad	Cooperación/Empatía

Fuente: APA, 2013 y Caprara et al., 1995

Se evidencia que, además de puntuaciones bajas en las subdimensiones de Estabilidad Emocional (Control de emociones y Control de impulsos) y Tesón (Escrupulosidad y Perseverancia), el individuo con un trastorno de personalidad antisocial puntuaría bajo en la dimensión Afabilidad y sus subdimensiones: Cooperación/Empatía y Cordialidad/Amabilidad, lo cual tiene sentido dado el criterio general de este trastorno, definido como un “patrón dominante de inatención y vulneración de los derechos de los demás” (APA, 2013).

En la actualidad, la idea de que existe una vulnerabilidad personal hacia la adicción es casi un hecho incuestionable. Aunque aún no se ha determinado con exactitud cuál es el factor o conjunto de factores específicos que con toda seguridad permitirán el desarrollo de un trastorno adictivo, se sabe que existe una compleja interacción entre factores biológicos, psicológicos y ambientales que, combinados de determinada manera, aumentarían las probabilidades de que el consumo se inicie, se mantenga y se vuelva problemático. No hay una receta específica, pero sí ciertas ideas sobre su composición gracias a toda la investigación que se ha realizado y se sigue realizando.

1.2.10. Situación del consumo de drogas en el Ecuador y el mundo

El último *Informe Mundial sobre Drogas* de la ONU (UNODC, 2013) muestra que, en 2011, un estimado de entre 167 y 315 millones de personas en edades entre los 15 y 64 años, usaron sustancias ilegales. Esto corresponde a un porcentaje de entre el 3.6 y el 6.9% de la población adulta mundial. En drogas como la marihuana, los opioides y los opiáceos, la prevalencia de consumo se ha incrementado desde el 2009 hasta el 2011, mientras que la prevalencia de consumo de cocaína, estimulantes anfetamínicos y éxtasis, parece haber iniciado una tendencia a la baja. Cabe señalar que en estas estadísticas se está hablando únicamente de prevalencias de consumo de drogas ilícitas (aquellas controladas por la *Convención única de 1961 sobre estupefacientes* o el *Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971*) en el último año (previo a las evaluaciones realizadas para el Informe de 2013). Es decir, no necesariamente consumos problemáticos, sino también esporádicos o, incluso, de una sola vez. Al dejar de lado una sustancia de uso tan extendido como el alcohol, estos números no están representando fidedignamente la magnitud del fenómeno de consumo de sustancias a nivel mundial.

En Ecuador, la última información disponible al respecto viene de la *Tercera Encuesta Nacional sobre Consumo de Drogas en Población General* (CONSEP, 2007). Este estudio, realizado bajo supervisión y con el apoyo de la Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas de la OEA y la

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, fue realizado en el marco del Sistema Subregional de Información e Investigación sobre Drogas en Argentina, Bolivia, Chile, Ecuador, Perú y Uruguay. Entre 2006 y 2007 las comisiones nacionales de drogas de los países de la subregión realizaron estudios nacionales en la población general con diseños metodológicos estandarizados, de forma que los datos obtenidos puedan ser comparados.

Cuadro 1.8

Prevalencia de consumo según tipo de droga

DROGA	PREVALENCIA DE CONSUMO (ALGUNA VEZ EN LA VIDA)
Marihuana	4.3%
Cocaína	1.26%
Base	0.80%
Hachís	0.26%
Éxtasis	0.16%
Inhalantes	0.14%
Alucinógenos	0.08%
Heroína	0.06%
Crack	0.02%
Opio	0.01%
Morfina	0.01%

Fuente: CONSEP, 2007

Según el estudio realizado en nuestro país (CONSEP, 2007), el total de personas involucradas a nivel nacional en consumo de drogas (de cualquier droga ilícita) alguna vez en su vida se estima en 320.893, que representaría un 4.9% de la población adulta evaluada (entre los 12 y los 65 años de edad) en el país en el año 2007. El cuadro 1.8 muestra la prevalencia de consumo de cada droga en la población encuestada.

II. METODOLOGÍA

2.1. Antecedentes

Distintas investigaciones recientes avalan la hipótesis de que existen rasgos característicos que definen la personalidad del consumidor problemático de sustancias al compararla con la de los no consumidores.

Dubey, Arora, Gupta y Kumar (2010), de la Universidad Hindú de Banaras, Varanasi, realizaron un estudio comparativo entre pacientes con abuso de sustancias y sujetos sin problemas de consumo. Encontraron que el grupo de consumidores obtenía puntuaciones altas en las dimensiones de Neuroticismo y Extraversión, mientras que el grupo de no consumidores puntuaban significativamente alto en las dimensiones Apertura a la experiencia y Responsabilidad.

Dordi y Ghareh (2011) también utilizaron el modelo de los Cinco Grandes para analizar las diferencias de personalidad entre dos grupos, uno de consumidores y otro de no consumidores. Encontraron que todas las dimensiones, excepto Apertura a la experiencia, están relacionadas con el

consumo, entre las que la dimensión Responsabilidad tiene la más alta correlación (inversa).

Otro de los modelos de personalidad basados en la teoría de rasgos y con gran apoyo empírico es el modelo psicobiológico de Cloninger, el cual propone siete rasgos de personalidad, cuatro de ellos temperamentales (Búsqueda de Novedad, Evitación del Daño, Dependencia de Recompensa y Persistencia) —y que se suponen más vinculados a factores biológicos— y tres rasgos caracteriales (Autodirección, Cooperatividad y Autotrascendencia), más relacionados con factores experienciales y de aprendizaje.

Basado en este modelo, Pedrero (2002, 2003, 2007, 2008, 2009) ha realizado una serie de estudios para identificar los rasgos de personalidad característicos de los consumidores de sustancias. En el último de ellos (2008) decidió resolver un problema metodológico bastante común en experimentos de este tipo: los sujetos con problemas de consumo se comparaban con poblaciones normativas que no presentaban la variabilidad necesaria. Así, emparejó las muestras en las variables sexo, edad y nivel de estudios, eliminando sesgos y afinando sus resultados. Encontró que la Búsqueda de Novedad era significativamente más alta entre los adictos, mientras que tanto la Persistencia como la Autodirección eran significativamente más bajas que en la población general (Pedrero, 2008).

2.2. Significado del problema

Aunque parece estar claro que existe cierta relación funcional entre los rasgos de personalidad y el consumo de sustancias, los resultados de las investigaciones en esta línea no son consistentes y, además, no se han replicado en nuestro contexto. La dificultad de manejo terapéutico de los pacientes con problemas por consumo de sustancias, así como las altas tasas de recaída de los mismos, sugieren que quizás no se han analizado exhaustivamente los factores implicados en su génesis y mantenimiento. La réplica de estudios que han tenido éxito en otros contextos socioculturales provee una esperanza en cuanto a mejorar la comprensión etiológica y, en consecuencia, el tratamiento del fenómeno de consumo.

2.3. Definición del problema

- ¿Existe una relación entre las dimensiones de personalidad y el consumo de sustancias?

Se presume que existe una relación funcional entre la personalidad y el consumo de sustancias, pudiéndose definir cierto perfil de personalidad característico de los individuos consumidores.

- ¿Puede definirse un perfil de personalidad del consumidor de sustancias basado en estos rasgos típicos?

Se sospecha, con base en los antecedentes investigativos, que los pacientes con problemas por consumo de sustancias presentarán puntuaciones bajas en la dimensión Estabilidad Emocional y Tesón, mientras que podrían puntuar alto en Apertura Mental.

- ¿Cómo pueden manejarse a nivel terapéutico los rasgos de personalidad identificados como predisponentes del consumo?

De acuerdo a los rasgos identificados en la investigación pueden plantearse alternativas de control terapéuticas específicas para lidiar con ellos y así atender mejor el problema de consumo.

2.4. Planteamiento del tema

“Dimensiones de personalidad y su relación con el consumo de sustancias”.

2.5. Delimitación del tema

2.5.1. Contenido

Campo: Psicológico.

Área: Psicopatología.

Aspecto: Rasgos de personalidad y consumo de sustancias.

2.5.2. Espacial

Provincias: Pichincha y Chimborazo.

Ciudades: Quito y Riobamba.

Instituciones: Comunidad de ayuda terapéutica 'Volver a empezar' y 'Grupo Riobamba' de Alcohólicos Anónimos.

Áreas o departamento: Psicología.

2.5.3. Temporal

El trabajo de investigación se desarrolló en el período junio – noviembre de 2014.

2.5.4. Unidades

Unidades de estudio: Pacientes internos en Comunidad de ayuda terapéutica 'Volver a empezar' y miembros del 'Grupo Riobamba' de Alcohólicos Anónimos.

Unidades de información: EuropASI y BFQ.

Unidades de observación: Índice de gravedad del problema de consumo y dimensiones de personalidad.

2.6. Hipótesis

Las dimensiones de la personalidad tienen relación con el consumo de sustancias.

2.7. Variables e indicadores

2.7.1. Variable independiente: Consumo de sustancias.

Indicadores:

- Consumo de sustancias
 - Gravedad del consumo
 - Áreas problema
 - Salud física
 - Empleo/recursos
 - Alcohol
 - Drogas
 - Situación legal
 - Relaciones familiares/sociales
 - Salud mental

2.7.2. Variable dependiente: Dimensiones de personalidad.

Indicadores:

- Personalidad
 - Modelo dimensional
 - Modelo de los Cinco Grandes
 - Dimensiones de personalidad
 - Energía
 - Afabilidad
 - Tesón
 - Estabilidad emocional
 - Apertura mental

2.8. Objetivos

2.8.1. Objetivo general

Establecer la relación entre las dimensiones de la personalidad y el consumo de sustancias.

2.8.2. Objetivos específicos

- Diagnosticar a través del EuropASI el consumo de sustancias en la población de forma que esta pueda ser dividida en dos grupos: consumidores y no consumidores.
- Evaluar mediante la aplicación del Big Five Questionnaire las diferencias en rasgos de personalidad entre el grupo experimental (personas con problemas derivados del consumo de sustancias) y el grupo control (quienes no padecen este tipo de trastornos).
- Analizar e interpretar los datos resultantes a partir de un estudio comparativo entre el grupo experimental y el grupo control para verificar la hipótesis inicial.
- Plantear alternativas de control del consumo de sustancias a través de la modificación de los rasgos de la personalidad.

2.9. Tipos y diseño de la investigación

2.9.1. Paradigma de investigación

Asociativo.- Se maneja un paradigma asociativo pues, como lo definió Arnau (1995), se plantea una hipótesis de covariación de tipo 'x' tiene una relación funcional con 'y', en donde las variables están relacionadas pero no necesariamente de forma causal. Se sabe por los antecedentes investigativos que existe una relación funcional entre el consumo de sustancias y rasgos de personalidad. No existe certeza sobre si una de las variables es la causa de la otra, por ello se empleará el paradigma asociativo. Además, la labor del investigador se ciñe a la observación de la relación entre las variables, sin manipularlas.

2.9.2. Diseño de investigación

Descriptivo.- El diseño descriptivo consiste fundamentalmente en caracterizar un fenómeno indicando sus rasgos más peculiares o diferenciadores. El objetivo de la investigación no se limita a la recolección de datos sino a la predicción e identificación de las relaciones que existen entre las variables, exponiendo y resumiendo la información de manera cuidadosa y luego analizando minuciosamente los resultados sobre la base de la hipótesis

previamente planteada, a fin de extraer generalizaciones significativas que contribuyan al conocimiento (Van Dalen & Meyer, 1971). Se describirán las relaciones existentes entre el consumo de sustancias y los rasgos de personalidad, a fin de verificar la hipótesis.

Correlacional.- Según Van Dalen y Meyer, las investigaciones correlacionales “se utilizan para determinar la medida en que dos variables se correlacionan entre sí, es decir el grado en que las variaciones que sufre un factor se corresponden con las que experimenta otro” (1971, p. 142). Se estudiará la relación entre el consumo de sustancias y los rasgos de personalidad, tratando de determinar el grado en que estos últimos influyen en la aparición o no de niveles de problemáticos de consumo. El método de análisis de esta relación será el estudio comparado entre dos grupos (emparejados en las variables sociodemográficas edad, sexo y nivel de estudios), en donde el estadístico *t* de Student se convierte en el coeficiente de correlación (Morales, 2010).

Intersujetos.- Se trata también de un diseño intersujetos pues se comparará una población con otra, en este caso, aquella que consume sustancias con aquella que no las consume a fin de determinar las diferencias en rasgos de personalidad entre ambas (Martin, 2008).

Corte transversal.- En este diseño, los datos son recogidos en un solo momento temporal. Como lo definen Balluerka & Vergara (2002), se pretende conocer todos los casos de personas con una cierta condición (consumo de sustancias) en un momento dado, sin importar por cuánto tiempo mantengan esa característica ni cuándo la adquirieron.

2.9.3. Enfoque de investigación

Cuantitativo y cualitativo.- Dado que se recogerán y analizarán datos cuantificables sobre las variables el enfoque será cuantitativo, pues la valoración psicométrica, tanto de la personalidad como del consumo de sustancias, devolverá datos numéricos y objetivos sobre las mismas. Sin embargo, al tratarse de variables de naturaleza compleja, cuyas dimensiones requieren un análisis específico y contextualizado, el enfoque cualitativo también jugará un papel importante (Balluerka & Vergara, 2002).

2.9.4. Modalidad de investigación

Estudio de campo.- El estudio se realiza en una ambiente realista (comunidad terapéutica o grupo de apoyo) en donde no se manipula ninguna de las variables, sino que se observan y estudian las relaciones de unas con otras

en su situación natural. Esto lo convierte, de acuerdo a la definición de Shaughnessy (2007), en un estudio de campo.

2.10. Selección de la muestra

Para las muestras se conformaron dos grupos, uno de consumidores y otro de no consumidores. El primero está formado por los pacientes internos por trastornos de consumo de sustancias en la Comunidad de ayuda terapéutica 'Volver a empezar', en Quito, provincia de Pichincha, además de un grupo de individuos que asisten a las reuniones del 'Grupo Riobamba' de Alcohólicos Anónimos, en Riobamba, provincia de Chimborazo. El grupo de no consumidores fue seleccionado por muestreo subjetivo entre la población no clínica, eligiendo las unidades de la muestra en función de sus características por decisión razonada y no de manera casual. Está emparejado con el grupo de consumidores en las variables: edad, sexo y nivel de estudios. De esta forma se pretende controlar el posible sesgo causado por estas variables demográficas.

La Comunidad de ayuda terapéutica 'Volver a empezar' maneja un aproximado de 20 pacientes en un momento dado, cada uno en diversas fases de tratamiento. A lo largo de un mes se realizó las evaluaciones y entrevistas a un total de 17 pacientes. El 'Grupo Riobamba' de Alcohólicos Anónimos cuenta con aproximadamente 300 miembros, pero dado el carácter ambulatorio de su

política, la constancia de asistencia a las reuniones es baja. En un período de dos meses se logró evaluar a 23 de sus miembros. El número de individuos que conforman el grupo de consumidores es de 40, y el de no consumidores también 40, emparejados de acuerdo a las variables demográficas previamente definidas.

2.11. Técnicas de investigación

Entrevista clínica.- Tiene fines diagnósticos y se caracteriza por su privacidad, ya que se intenta atender a la individualidad del paciente o sujeto entrevistado. Es una técnica cualitativa de investigación en donde se hacen una serie de interpretaciones a partir de la información proporcionada por el entrevistado (Martin, 2008). En el caso particular de esta investigación tendrá un carácter semiestructurado, el cual toma como referencia los ítems del EuropASI (versión europea del Índice de Gravedad de la Adicción), orientado a obtener información específica sobre la intensidad de los problemas por consumo de sustancias.

Técnicas Psicométricas.- Se utilizarán instrumentos de evaluación psicométrica y diagnóstico para la medición de ambas variables. El consumo de sustancias, su nivel y sus problemas asociados, se valorará mediante la

entrevista semiestructurada EuropASI. Los rasgos de personalidad serán evaluados con el BFQ (Cuestionario “Big Five”).

2.12. Instrumentos de valoración psicológica

EuropASI.- Se trata de la versión europea de la quinta edición del ASI (Addiction Severity Index, o Índice de la Gravedad de la Adicción), desarrollado originalmente en 1980 en la Universidad de Pensilvania, EEUU. Es un instrumento básico para la práctica clínica, pues permite realizar un diagnóstico multidimensional de los problemas de adicción y ponerlos en un contexto bio-psico-social (Bobes et al., 2007). Su formato es el de una entrevista semiestructurada que evalúa distintos aspectos de la vida de los pacientes que han podido contribuir al desarrollo del síndrome por consumo de sustancias. En concreto, explora las áreas de salud física (16 ítems), empleo/recursos (26 ítems), drogas/alcohol (28 ítems), situación legal (23 ítems), historia familiar (51 ítems), relaciones familiares/sociales (26 ítems) y salud mental (22 ítems).

El EuropASI tiene la misma estructura para todas las áreas: ítems objetivos, autoevaluación del paciente, evaluación de la gravedad por parte del entrevistador y puntuación de validez de la información obtenida, igualmente realizada por el entrevistador.

BFQ (Big Five Questionnaire).- Un cuestionario autoadministrado basado en la teoría de los Cinco Grandes factores de la personalidad. Fue creado por Caprara, Barbaranelli y Borgogni en 1993, para luego ser adaptado al español por J. Bermúdez. Consta de 132 ítems a manera de afirmaciones de respuesta múltiple (tipo Likert) que evalúan cinco dimensiones y diez subdimensiones.

2.13. Procedimiento

En primer lugar, se realizó una revisión de la literatura científica respecto a cada una de las variables en cuestión y su vinculación, determinando la relación encontrada por investigaciones previas, así como los instrumentos que se utilizarían para evaluarlas en el estudio comparativo.

Tanto la población clínica como la no clínica fueron evaluadas mediante la entrevista EuropASI con el fin de determinar su pertenencia en uno de los dos grupos correspondientes. Para estar en el grupo de consumidores, los participantes debían obtener puntuaciones mayores a 4 (indicativas de un problema entre moderado y extremo, que requiere tratamiento), mientras que para pertenecer al grupo de no consumidores, los participantes debían puntuar entre 0 y 3 (problema inexistente o leve, que no requiere tratamiento).

El grupo de no consumidores fue emparejado con el de consumidores en las variables edad, sexo y nivel de estudios, para lo cual se realizó un muestreo subjetivo, buscando individuos que se ajustaran a los requerimientos de la investigación. Una vez establecidos los grupos, se procedió a la evaluación de los rasgos de personalidad en cada uno de ellos mediante la aplicación del cuestionario autoadministrado BFQ. Todos los individuos firmaron cartas de consentimiento informado, admitiendo su participación voluntaria y la comprensión de los objetivos del estudio. Si la hipótesis es correcta, los resultados arrojados deberían mostrar una diferencia en cuanto a rasgos de personalidad entre ambos grupos, sobre todo, ciertos rasgos que caractericen al grupo de consumidores de sustancias, evidenciando así una relación entre las dimensiones de personalidad y el consumo.

Para la tabulación de los datos se empleó el programa SPSS Statistics 22.0.0 para Mac, con el que se realizaron los análisis estadísticos que permitieron comprobar la hipótesis.

A partir de los resultados del estudio se extrajeron las conclusiones respectivas y se generaron algunas recomendaciones para que futuras investigaciones puedan sortear los problemas encontrados en esta. Se planteó además una breve propuesta terapéutica para el manejo de los rasgos de personalidad identificados como predisponentes de las conductas de consumo.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados de las variables sociodemográficas

El grupo A (consumidores) está conformado por 17 pacientes internos de la Comunidad de ayuda terapéutica 'Volver a empezar' y 23 miembros del 'Grupo Riobamba' de Alcohólicos Anónimos. El grupo B (no consumidores) lo conforman personas seleccionadas de entre la población general, en base a las variables edad, sexo y nivel de estudios encontradas en el grupo A, es decir que fueron buscadas y seleccionadas para el estudio siempre y cuando cumplieran con los criterios de emparejamiento de dichas variables sociodemográficas, de forma que por cada sujeto del grupo A existe uno del grupo B de la misma edad, del mismo sexo y con el mismo nivel de estudios.

La variable 'edad' está representada a través de la media (M) y la desviación estándar (Ds), mientras que los resultados de las variables 'sexo' y 'nivel de estudios' se muestran a través de la frecuencia (f) y el porcentaje (%) de individuos en cada categoría definida.

Cuadro 3.1.

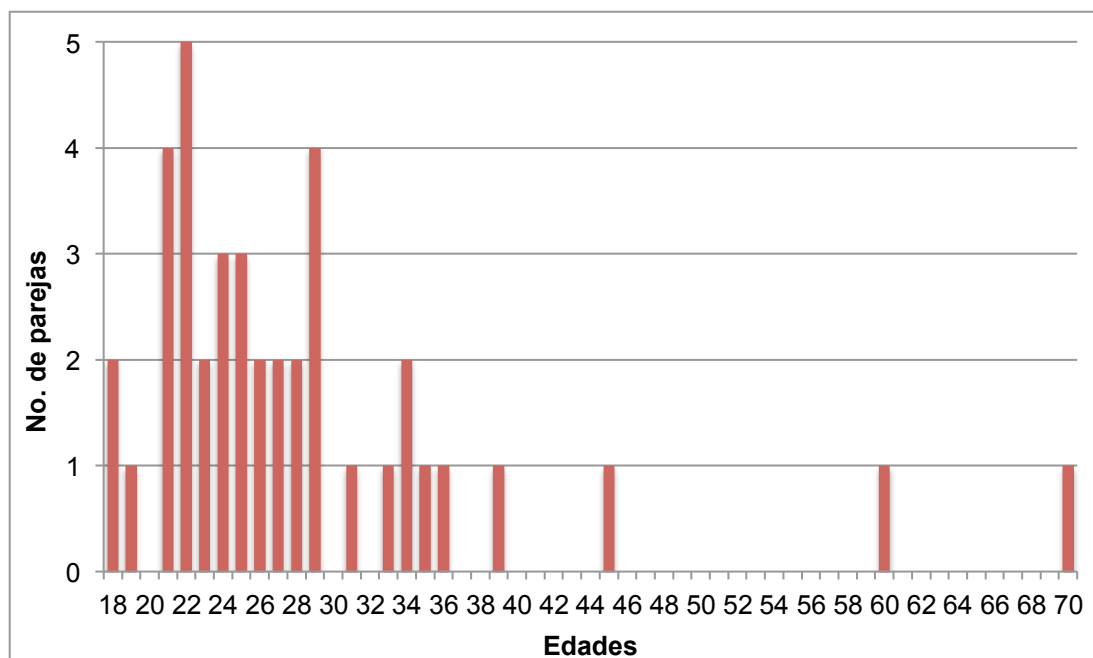
Análisis sociodemográfico del grupo de consumidores y no consumidores.

	Grupo A (n=40)		Grupo B (n=40)	
Variables	Estadísticos			
Edad	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>
	28.43	10.38	28.43	10.38
Sexo	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Masculino	40	100%	40	100%
Femenino	0	0%	0	0%
Nivel de estudios	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Secundaria iniciada	7	17.5%	7	17.5%
Secundaria terminada	29	72.5%	29	72.5%
Superior iniciada	2	5%	2	5%
Superior terminada	2	5%	2	5%

Clave: Grupo A = consumidores; Grupo B = no consumidores

Al analizar las variables sociodemográficas se tomará como referencia únicamente al grupo de consumidores, pues es en ese grupo en donde dichas variables aparecieron natural o randómicamente, mientras que en el grupo de no consumidores son consecuencia del emparejamiento deliberado y, por tanto, no reflejan ninguna realidad sociodemográfica de la población de no consumidores ni se pueden extraer conclusiones de las mismas.

Gráfico 3.1. Distribución por edades de las parejas (caso clínico y control) que componen la muestra.

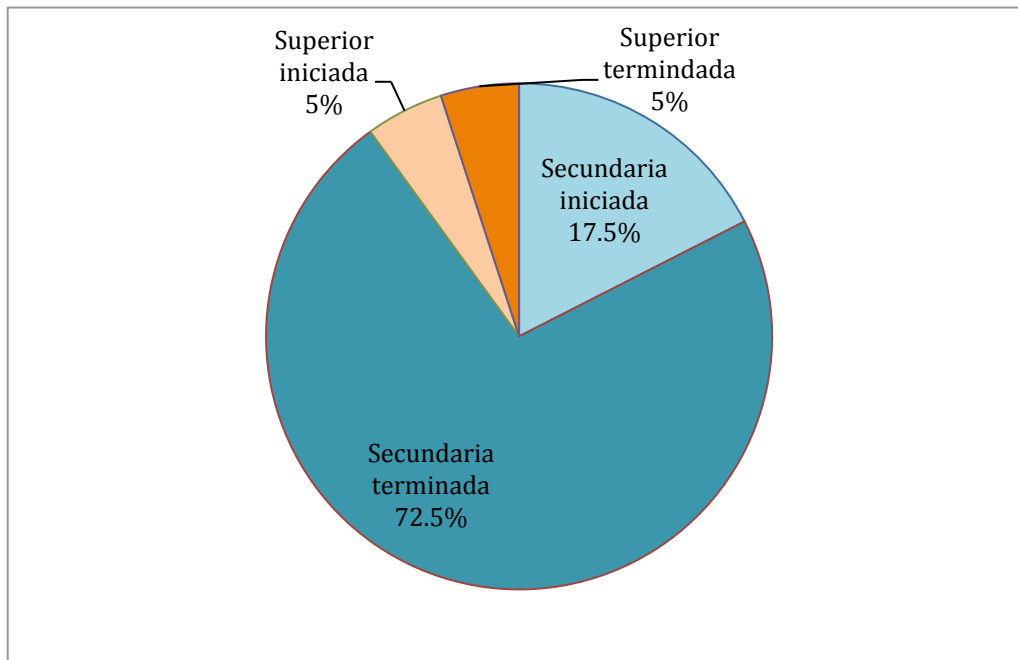


La edad promedio en ambos grupos es de $M = 28.43$ años. Se trata de una muestra conformada por sujetos de edades bastante variadas, desde los 18 hasta los 70 años; sin embargo, como puede verse en el gráfico 3.1, la mayoría se encuentran entre los 20 y los 30, es decir que pertenecen a la etapa evolutiva de *jóvenes adultos*. En estas edades la personalidad se encuentra bastante bien definida. Es un promedio de edad de alta prevalencia de consumo de sustancias (APA, 2013) y, sobre todo, de búsqueda de tratamiento debido al deterioro clínico causado por el consumo continuado, por lo general iniciado en la adolescencia (Becoña, 2011).

Todos los sujetos que conforman la muestra son de sexo masculino. Se pretendía trabajar con un grupo heterogéneo en cuanto a sexo para poder realizar comparaciones en los niveles de consumo y en los perfiles de personalidad entre hombres y mujeres, pero, la realidad de la población (centros, comunidades y grupos de tratamiento para trastornos por consumo de sustancias) no coincidió con esa pretensión. Una nueva política del Ministerio de Salud Pública impide que los centros de internamiento o comunidades terapéuticas para rehabilitación de adicciones sean mixtos en cuanto a género. Dada la mayor demanda de individuos de sexo masculino para tratamiento de problemas de consumo, los centros o comunidades para mujeres son difíciles de encontrar.

En cuanto al nivel de estudios, como se ve en el gráfico 3.2, la gran mayoría de sujetos (72.5%) terminó la secundaria. Un 17.5% no llegó a culminar la educación secundaria; en el grupo de consumidores esto se debía casi siempre a los problemas de consumo, mientras que en el grupo de no consumidores respondía a otros factores (bajo nivel académico, dificultades familiares, entre otros). Apenas cuatro sujetos (10%) iniciaron la educación superior, de los cuales solo dos (5%) la terminaron.

Gráfico 3.2. Distribución de los integrantes de los grupos A y B por nivel de estudios.



Dado que todos los participantes se encontraban en edad para iniciar estudios superiores, sorprende el bajo índice de quienes en efecto lo hicieron. Los problemas de consumo tuvieron que haber incidido en este hecho, pues se sabe que el consumo recurrente suele conllevar el incumplimiento de deberes importantes en el trabajo, la escuela o el hogar, e incluso el abandono de los mismos (APA, 2013).

3.2. Resultados de la evaluación de la gravedad de la adicción

3.2.1. Diferencias de áreas problema del EuropASI entre los grupos de comparación

Para la evaluación de la gravedad de la adicción se empleó el EuropASI, la versión europea (adaptada al español) del Addiction Severity Index o Índice de Gravedad de la Adicción desarrollado por McLellan (1990) en Estados Unidos. Se trata de una entrevista semiestructurada que evalúa la severidad del problema de consumo en función de la necesidad de tratamiento, percibida tanto por la subjetividad del paciente como por las observaciones del clínico o investigador. El EuropASI es una prueba de diagnóstico multidimensional que valora el nivel de afectación de siete áreas de la vida del individuo que han podido contribuir a su problema de consumo. Estas áreas son: Salud física, Empleo/recursos, Uso de alcohol, Uso de drogas, Situación legal, Relaciones familiares/sociales y Salud mental.

El rango de las puntuaciones de gravedad para cada una de las áreas problema oscila entre 0 (*ausencia de problema*) y 9 (*problema extremo*), teniendo los siguientes sub-rangos y sus significaciones diagnósticas:

- 0 – 1: no hay problema real y no está indicado el tratamiento, ayuda o diagnóstico;
- 2 – 3: problema leve, no es necesario el tratamiento, ayuda o diagnóstico;
- 4 – 5: problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento, ayuda o diagnóstico;
- 6 – 7: problema considerable, el tratamiento, ayuda o diagnóstico es necesario;
- 8 – 9: problema extremo, el tratamiento, ayuda o diagnóstico es absolutamente necesario.

Se evaluó a los miembros de ambos grupos y se realizó la prueba t de Student (t) para analizar la significancia estadística de las diferencias encontradas, obteniendo los siguientes resultados, representados en función de la media (M) y la desviación estándar (Ds):

Cuadro 3.2.

Diferencias en las medias de las puntuaciones obtenidas por cada grupo en las áreas problema del EuropASI y en el puntaje total.

Áreas problema	Grupo A (n=40)		Grupo B (n=40)		<i>t</i> gl (78)
	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>	
Salud física	1.98	0.92	0.20	0.41	11.173***
Empleo/recursos	3.33	1.02	0.43	0.50	16.110***
Alcohol	5.50	1.36	0.78	0.62	20.011***
Drogas	5.73	1.34	0.08	0.27	26.163***
Situación legal	2.60	1.61	0.00	0.00	10.178***
Relaciones familiares/sociales	4.78	1.35	0.55	0.50	18.556***
Salud mental	4.18	1.13	1.53	0.64	12.908***
Puntaje total	28.08	3.62	3.55	1.30	40.337***

Nota: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

Clave: Grupo A = consumidores; Grupo B = no consumidores

El cuadro 3.2 muestra que el grupo de consumidores obtuvo puntuaciones significativamente más altas que el grupo de no consumidores en todas las áreas problema evaluadas. A continuación se analizan las diferencias en cada una de ellas.

En *Salud física* se encontró en el grupo de consumidores una media de $M = 1.98$ puntos y en el grupo de no consumidores una media de $M = 0.20$ puntos. Existe una diferencia significativa, en donde el puntaje del grupo de consumidores es superior al del grupo de no consumidores ($t = 11.137$; $p < 0.001$). Es decir que la gravedad de afectación del área 'salud física' es mayor en el grupo de consumidores.

En cuanto a *Empleo/recursos*, el grupo de consumidores tiene una media de $M = 3.33$ puntos y el grupo de no consumidores una media de $M = 0.43$ puntos. Hay una diferencia estadísticamente significativa, siendo el puntaje del grupo de consumidores superior al del grupo de no consumidores ($t = 16.110$; $p < 0.001$). Esto significa que la afectación del área 'empleo/recursos' es mayor en el grupo de consumidores.

En el área *Uso de alcohol*, se encontró en el grupo de consumidores una media de $M = 5.50$ puntos y en el grupo de no consumidores una media de $M = 0.78$ puntos. Existe también una diferencia significativa entre las medias de ambos grupos ($t = 20.011$; $p < 0.001$). Es decir que el consumo de alcohol es mucho mayor en el grupo de consumidores que en el de no consumidores.

En el área *Uso de drogas*, el grupo de consumidores tiene una media de $M = 5.73$ puntos y el grupo de no consumidores una media de $M = 0.08$ puntos. Hay una diferencia estadísticamente significativa, en donde el puntaje del grupo

de consumidores es superior al del grupo de no consumidores ($t = 26.163$; $p < 0.001$). Esto evidencia que el consumo de drogas es notablemente superior en el grupo de consumidores.

Con respecto a la *Situación legal*, la media del grupo de consumidores es de $M = 2.60$ puntos, mientras que la media del grupo de no consumidores es de $M = 0.00$ puntos. La diferencia es estadísticamente significativa, siendo el puntaje del grupo de consumidores superior al del grupo de no consumidores ($t = 10.178$; $p < 0.001$). Hay mayores problemas legales entre los miembros del grupo de consumidores que entre aquellos del grupo de no consumidores.

En el área *Relaciones familiares/sociales* el grupo de consumidores presenta una media de $M = 4.78$ puntos, mientras que el grupo de no consumidores tiene una media de $M = 0.55$ puntos. De nuevo, existe una diferencia significativa entre las medias de ambos grupos ($t = 18.556$; $p < 0.001$). Las relaciones familiares y sociales se encuentran más afectadas en el grupo de consumidores.

En cuanto a *Salud mental*, se encontró en el grupo de consumidores una media de $M = 4.18$ puntos y en el grupo de no consumidores una media de $M = 1.53$ puntos. La diferencia resulta estadísticamente significativa, teniendo el grupo de consumidores un mayor puntaje que el grupo de no consumidores

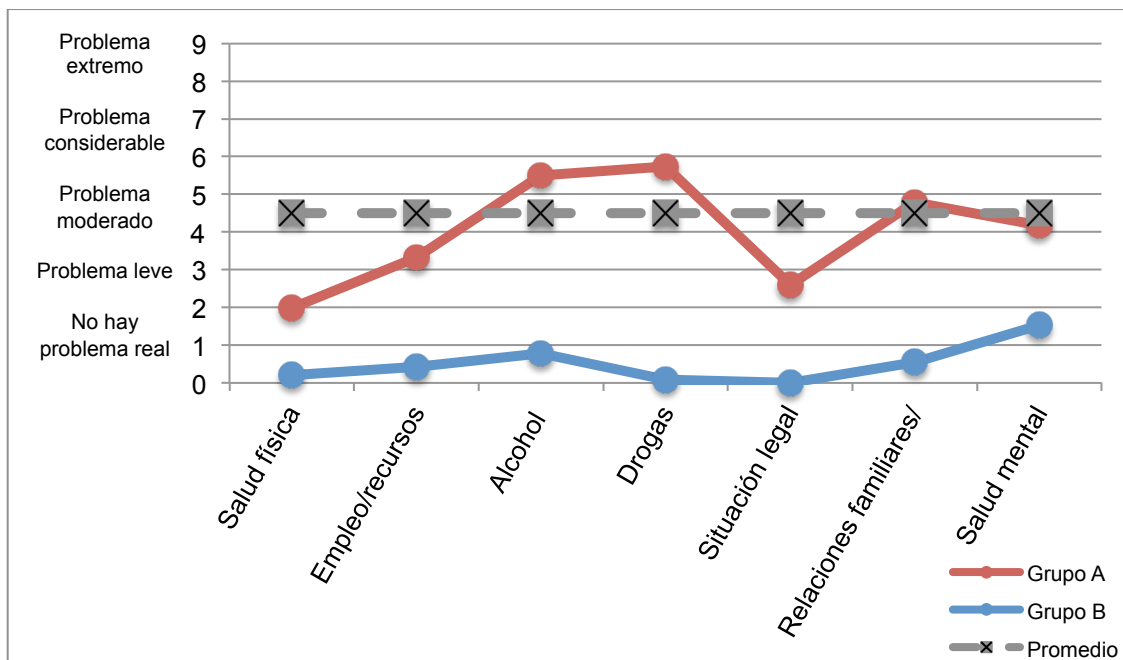
($t = 12.908$; $p < 0.001$). La salud mental del grupo de consumidores se encuentra más comprometida que la del grupo de no consumidores.

3.2.2. Diferencias de las áreas problema del EuropASI entre los grupos y comparación con la puntuación de gravedad promedio

Para una comprensión más completa de la situación de cada grupo en cuanto a la severidad de sus problemas en cada una de las áreas evaluadas, se desarrolló un gráfico en el que se presentan las medias de las puntuaciones de los dos grupos comparadas con un promedio de la gravedad, lo que nos permite visualizar qué tan grave es el problema de cada grupo en cada área.

Como se ve en el gráfico 3.3., el grupo de consumidores puntúa por encima del promedio en las áreas Uso de alcohol, Uso de drogas y Relaciones familiares/sociales, denotando problemas *moderados* e incluso *considerables* para dichas áreas. Estas son las áreas clave a la hora de determinar la gravedad del problema de consumo.

Gráfico 3.3. Diferencias entre medias en las áreas problema del EuropASI obtenidas por el grupo de consumidores (n=40) y el grupo control emparejado de no consumidores (n=40). Los resultados se comparan con la puntuación promedio de gravedad de la adicción.



Por otro lado, en áreas como Salud física y Situación legal, si bien el grupo de consumidores puntúa por encima del grupo de no consumidores, es importante notar que esas puntuaciones están por debajo del promedio de severidad, denotando un *problema leve* en dichas áreas (ver gráfico 3.3).

En cuanto a Salud mental, la puntuación del grupo de consumidores está ligeramente por debajo del promedio; sin embargo, la gravedad en esta área es superior a la presentada por el grupo control, siendo considerada como un *problema moderado*.

3.2.3. Índice global de la gravedad de la adicción

El total obtenido de la sumatoria de los puntajes de las áreas problema se convirtió en un índice de gravedad de la adicción. Este índice —medido por los mismos rangos que clasificaban cada área problema— nos da una idea global de la gravedad del problema y de la necesidad de tratamiento del mismo. Se trata de una síntesis cuantitativa que facilita el diagnóstico. Los resultados se presentan en función de la frecuencia (f) y el porcentaje (%) de individuos que caen en cada categoría del índice de gravedad de la adicción.

Cuadro 3.3.

Distribución de los integrantes de los grupos (consumidores y no consumidores) en las categorías del índice global de gravedad de la adicción.

Rangos	Índice global de gravedad de la adicción	Grupo A (n=40)		Grupo B (n=40)	
		f	%	f	%
0 – 1	No existe problema real	0	0%	40	100%
2 – 3	Problema leve	7	17.50%	0	0%
4 – 5	Problema moderado	33	82.50%	0	0%
6 – 7	Problema considerable	0	0%	0	0%
8 – 9	Problema extremo	0	0%	0	0%

Clave: Grupo A = consumidores; Grupo B = no consumidores

El cuadro 3.3 muestra que un 17.5% de los integrantes del grupo de consumidores presentan un problema de consumo leve, mientras que un 82.5% del mismo grupo presentan un problema de consumo moderado. En cuanto al grupo de no consumidores, la totalidad de sus integrantes no presentan problemas de consumo.

Al obtener un índice global de la gravedad de la adicción, sorprende encontrar que el grupo de consumidores solo presenta problemas entre leves y moderados. Esto se debe a que, al unificar las puntuaciones de cada área problema, las bajas puntuaciones en algunas de esas áreas (Salud física, Empleo/recursos y Situación legal) reducen significativamente el índice global de gravedad. Probablemente sea inadecuado —al menos en nuestro medio y por las razones que se exponen en la discusión de estos resultados (ver capítulo 4)— extraer un índice global de gravedad de la adicción. El perfil de las áreas problema nos da una idea más exacta —aunque dispersa— de la gravedad de los problemas de consumo.

3.3. Resultados de la evaluación de las dimensiones de la personalidad

Las dimensiones de personalidad se evaluaron utilizando el Cuestionario “Big Five” (BFQ) de Caprara et al. (1995). Esta prueba, basada en el modelo de los Cinco Grandes factores de Costa y McCrae, evalúa cinco dimensiones de

personalidad y devuelve un perfil en el cual pueden apreciarse la intensidad de manifestación —por exceso o por defecto— de cada una de ellas. Se aplicó el cuestionario a los integrantes de ambos grupos. Los resultados obtenidos se presentan en función de la media (*M*) y la desviación estándar (*Ds*). Se realizó además la prueba *t* de Student (*t*) para determinar si las diferencias encontradas entre ambos grupos son estadísticamente significativas.

Cuadro 3.4.

Diferencias entre medias en las dimensiones del BFQ obtenidas por el grupo de consumidores y el grupo control emparejado.

Dimensiones	Puntuaciones T				<i>t</i> <i>gl</i> (78)
	Grupo A (n=40)		Grupo B (n=40)		
	<i>M</i>	<i>Ds</i>	<i>M</i>	<i>Ds</i>	
Energía	52.20	13.20	57.50	11.60	-1.907+
Afabilidad	45.65	12.87	49.70	12.78	-1.412
Tesón	52.30	9.78	50.73	13.92	0.586
Estabilidad Emocional	35.98	7.39	57.23	8.59	-11.858***
Apertura Mental	57.08	9.97	46.40	10.91	4.567***

Nota: + $p < 0,06$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

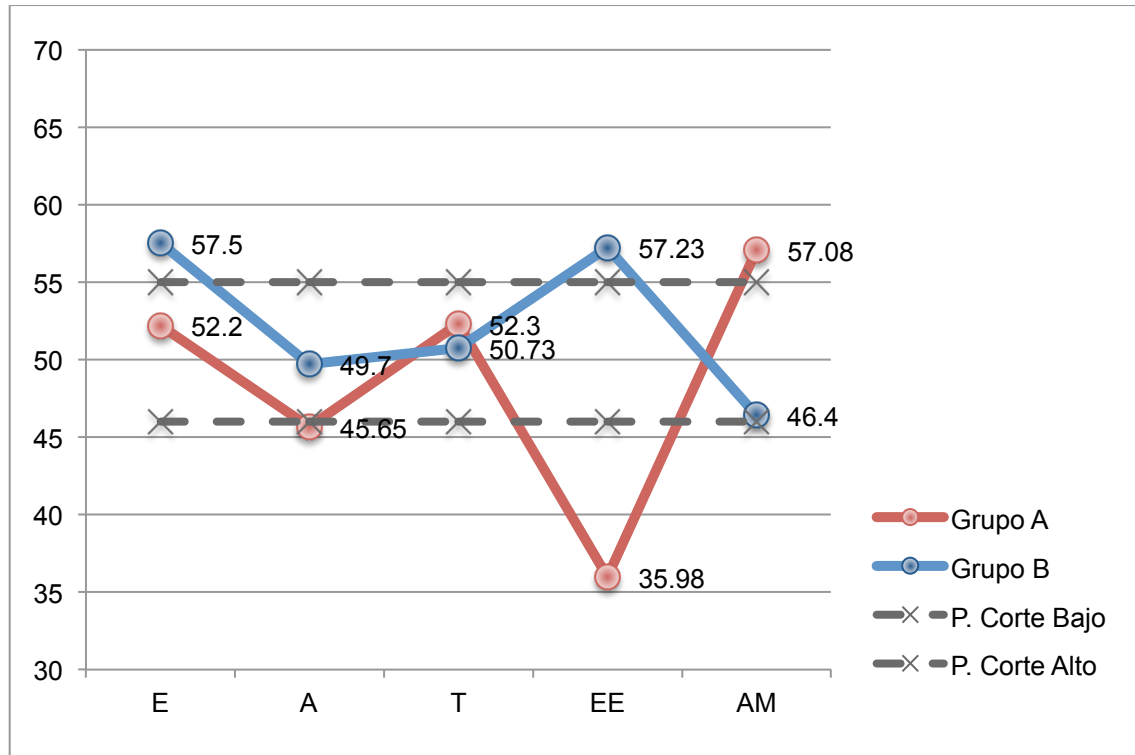
Clave: Grupo A = consumidores; Grupo B = no consumidores

Los resultados del BFQ se presentan en una hoja de perfil (ver anexo 2); las puntuaciones obtenidas en cada dimensión, una vez baremadas, se colocan en un continuo que va de 30 a 70, en donde se establecen criterios de intensidad por límites. El criterio *promedio* se encuentra entre los puntos 46 y 55. Todo lo que se encuentre por encima de 55 se considera *alto* o *muy alto*, mientras que lo que se ubica por debajo de 46 se considera *bajo* o *muy bajo*.

3.3.1. Diferencias de las dimensiones de personalidad entre el grupo de consumidores y el de no consumidores

En el gráfico 3.4 se pueden apreciar los *perfiles* de personalidad de cada grupo, obtenidos a partir de las medias de cada uno de los mismos, obtenidas a su vez de las puntuaciones del BFQ de los individuos que los conformaban. Se han establecido dos puntos de corte, uno alto y uno bajo, que limitan lo que en el perfil del BFQ se denomina el criterio *promedio*, y que indica que un rasgo que se ubique dentro de ese rango se manifiesta como en el 50% de la población. Fuera de esos límites, como se ha dicho antes, la manifestación de los rasgos podría ser *alta* o *muy alta* si se encuentra por encima del punto de corte alto, o, a su vez, *baja* o *muy baja*, si se ubica por debajo del punto de corte bajo.

Gráfico 3.4. Diferencias entre medias en las dimensiones del BFQ obtenidas por el grupo de consumidores (n = 40) y el grupo control emparejado (n = 40). Los resultados se comparan con los límites del criterio promedio del perfil de personalidad del BFQ.



Clave: Grupo A = consumidores; Grupo B = no consumidores; E = Energía; A = Afabilidad; T = Tesón; EE = Estabilidad Emocional; AM = Apertura Mental

A continuación se analizará la manifestación de cada dimensión de personalidad en cada grupo de acuerdo a estos parámetros. Se compararán los resultados con los de estudios previos y se determinará si las diferencias entre ambos grupos son estadísticamente significativas.

Energía (E)

El grupo de consumidores obtuvo una media de puntuación de $M = 52.20$ en la dimensión Energía (E) del BFQ. Esta puntuación se encuentra dentro del criterio *promedio* del perfil, lo que significa que la manifestación de esta dimensión no es representativa ni por exceso ni por deficiencia. Este resultado no coincide con el de otros estudios, que han encontrado o bien manifestaciones significativamente altas (Jackson & Matthews, 1988) o significativamente bajas (Ranking, Stockwell & Hodgson, 1982) de esta dimensión en los grupos de consumidores.

En la dimensión Energía (E), el grupo de no consumidores obtuvo una media de puntuación de $M = 57.50$, lo que los ubica ligeramente por encima del promedio, categorizando la dimensión como *alta*. Se ubica también por encima del puntaje obtenido por el grupo de consumidores, con una diferencia marginal ($t = -1.907+$; $p < 0.06$).

Afabilidad (A)

En cuanto a la dimensión Afabilidad (A), el grupo de consumidores obtuvo una media de puntuación de $M = 45.65$, lo cual la ubicaría, por un margen mínimo, por debajo del promedio. Esta dimensión evalúa aspectos

relacionados con la cordialidad, la cooperatividad, la capacidad de comprender los problemas de los demás, la confianza, la generosidad y la empatía. La puntuación obtenida por el grupo de consumidores tiende a la baja, pero esta tendencia no es significativa, pues se encuentra muy próxima al punto de corte bajo del rango *promedio*, como se puede ver en el gráfico 3.4. Con respecto a estudios previos, estos resultados corresponderían con los de Brooner, Herbst, Schmidt, Bigelow y Costa, quienes encontraron, entre otras cosas, niveles bajos de Afabilidad en un estudio comparativo entre una muestra de consumidores de sustancias y una muestra normativa, utilizando el Inventario de Personalidad NEO (1993).

La media de puntuaciones obtenidas por el grupo de no consumidores en la dimensión Afabilidad (A) es de $M = 49.70$, es decir, dentro del promedio. Ligeramente por encima del grupo de consumidores, pero de nuevo, con una diferencia poco significativa ($t = -1.412$).

Tesón (T)

Con respecto a la dimensión Tesón (T), la media de puntuación obtenida por el grupo de consumidores es de $M = 52.30$, es decir que se encuentra dentro del criterio de *promedio*. De acuerdo a Caprara et al. (1995), el Tesón hace referencia a los mismos aspectos que el constructo *responsabilidad*, y

mide el grado individual de persistencia, organización y motivación en conductas orientadas a metas. Este resultado no coincide con los de otras investigaciones, que han encontrado que el Tesón suele ubicarse por debajo del promedio en individuos con problemas de consumo (Flory et al., 2002; Brooner, Schmidt & Herbst, 2004; Dordi & Gahareh, 2011;).

En cuanto a la dimensión Tesón (T), el grupo de no consumidores obtiene una media de puntuaciones de $M = 50.73$, promedio y muy cercana a la puntuación del grupo de consumidores. Se trata de la dimensión en la que menos diferencia existe entre ambos grupos ($t = 0.586$).

Estabilidad Emocional (EE)

Como se observa en el gráfico 3.4, el grupo de consumidores presenta una media de puntajes de $M = 35.98$, considerablemente por debajo del promedio —y significativamente distante del grupo control— en la dimensión Estabilidad Emocional (EE). Este puntaje ubicaría la dimensión en la categoría de *baja* o *muy baja* para este grupo. Como indican Caprara et al. (1995), las bajas puntuaciones en esta dimensión refieren una pobre capacidad de adaptación, inestabilidad, altos niveles de ansiedad, una elevada sensación de vulnerabilidad, alta emotividad e irritabilidad. En el BFQ, esta dimensión está compuesta por dos subdimensiones, Control de emociones (Ce) y Control de

impulsos (Ci). Al puntuar bajo en ellas se evidencia una incapacidad para controlar los estados de tensión asociados a la experiencia emotiva y una reducida capacidad de controlar el comportamiento en situaciones de peligro, conflicto o incomodidad (Caprara et al., 1995). Este resultado coincide con las características reportadas por la mayoría de estudios previos (Berrocal, Ortiz, Fierro & Jiménez, 2001; Pedrero, 2002; Dubey et al., 2010) y por la práctica clínica, en donde los pacientes con problemas por consumo de sustancias tienden a presentar inestabilidad emocional, proclividad a los síntomas depresivos y ansiosos, baja tolerancia a la frustración, dificultad para controlar sus impulsos, entre otras características similares.

Con respecto a la dimensión Estabilidad Emocional (EE), el grupo de no consumidores obtuvo una media de puntuaciones de $M = 57.23$, por encima del promedio, lo que significa que esta dimensión se manifiesta como *alta*. La diferencia con respecto a la puntuación del grupo de consumidores, como se puede apreciar en el gráfico 3.4, es considerable; de hecho, se trata de la diferencia más grande y significativa entre ambos grupos de entre todas las dimensiones ($t = -11.858$; $p < 0,001$).

Apertura Mental (AM)

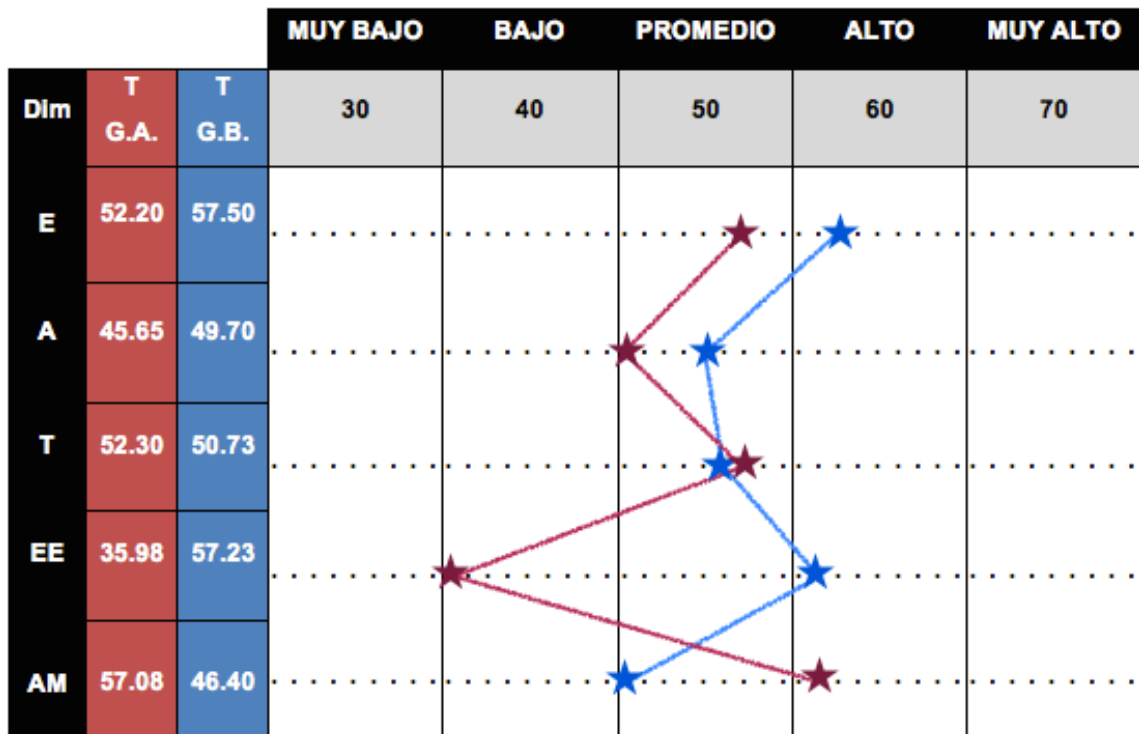
Otra dimensión en la que el grupo de consumidores puntúa por fuera del promedio es en Apertura Mental (AM); en este caso, mostrando una media de puntuación de $M = 57.08$, ligeramente por encima de los límites del promedio. Puntuaciones altas en esta dimensión revelan interés y búsqueda proactiva de cosas y experiencias nuevas, capacidad de considerar las cosas desde distintas perspectivas y apertura favorable hacia valores, estilos y modos de vida distintos (Caprara et al., 1995). Este resultado también corresponde con las observaciones clínicas y con los resultados de estudios que se han efectuado utilizando el modelo de personalidad de siete factores de Cloninger, en donde se encontró que la Búsqueda de Novedad —un factor relacionado conceptualmente con la Apertura Mental del BFQ— era significativamente más alta en adictos (Pedrero, 2008).

Para la dimensión Apertura Mental (AM), el grupo de no consumidores muestra una media de puntuaciones de $M = 46.40$, dentro del promedio pero con una tendencia a la baja, pues se ubica casi sobre el punto de corte inferior del rango promedio. De nuevo, existe una diferencia estadísticamente significativa con la media de puntuaciones obtenida por el grupo de consumidores, quienes puntuaron alto en esta dimensión (ver gráfico 3.4). Se trata de la segunda dimensión con mayor diferencia significativa entre ambos grupos ($t = 4.567$; $p < 0.001$).

IV. DISCUSIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A partir de los resultados encontrados se desarrollaron los perfiles de personalidad de cada grupo de acuerdo al modelo propuesto por el Cuestionario “Big Five” de Caprara et al. (1995). En el gráfico 4.1 se pueden apreciar las diferencias entre ambos perfiles.

Gráfico 4.1. Perfiles de personalidad comparados entre el grupo de consumidores y el de no consumidores.



Clave: G.A. (rojo)=grupo de consumidores; G.B. (azul)=grupo de no consumidores.

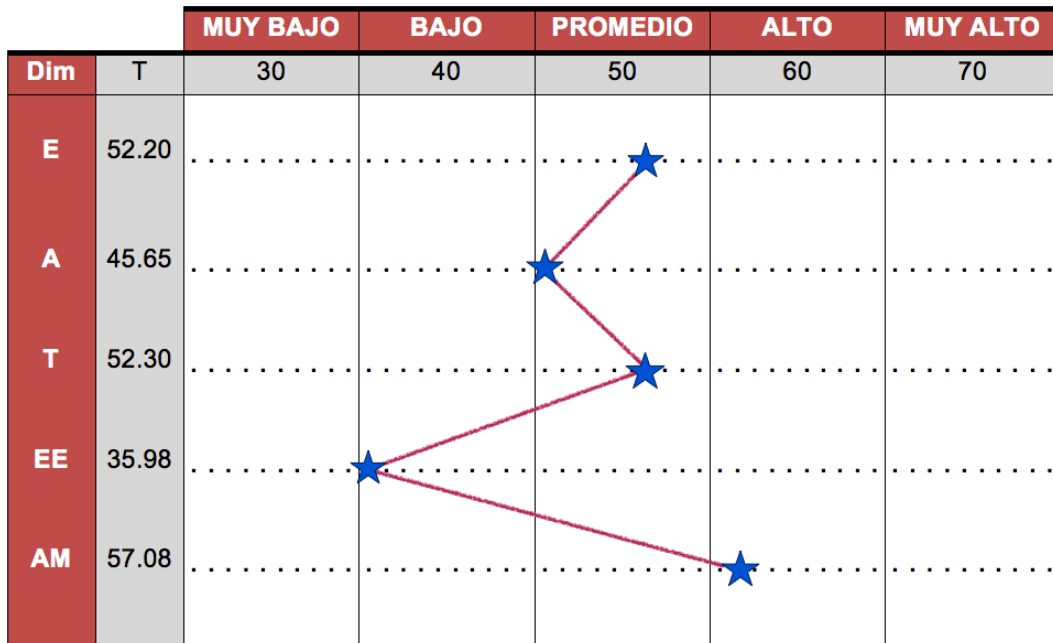
E=Energía; A=Afabilidad; T=Tesón; EE=Estabilidad emocional; AM=Apertura mental.

Como se ve, los perfiles mantienen un patrón similar en las primeras tres dimensiones: Energía, Afabilidad y Tesón, con diferencias mínimas entre ambos grupos que no son significativas. Es en la dimensión Estabilidad Emocional en donde aparece la primera diferencia marcada; los consumidores puntúan *bajo*, casi *muy bajo* en esta dimensión, mientras que los no consumidores puntúan *alto*. Algo similar, aunque no tan pronunciado, sucede en la dimensión Apertura Mental; los consumidores puntúan *alto* mientras que los no consumidores están en el límite inferior del promedio.

Estas diferencias entre los grupos comparados permiten confirmar la hipótesis inicial: existe una relación entre las dimensiones de personalidad y el consumo de sustancias.

Se elaboró por separado un perfil de personalidad del consumidor, a continuación del cual se explican detalladamente las características de personalidad que, según el modelo de los Cinco Grandes, presentaría un consumidor problemático de sustancias.

Gráfico 4.2. Perfil de personalidad del consumidor de sustancias.



Clave: E=Energía; A=Afabilidad; T=Tesón; EE=Estabilidad Emocional; AM=Apertura Mental

Este es el perfil obtenido al promediar los resultados de las evaluaciones de personalidad de la muestra de consumidores. A continuación se realiza una interpretación detallada:

Energía (E) = promedio

La dimensión Energía hace referencia a los mismos aspectos que en la literatura se asocian con el término *extraversión* y evalúa la cantidad y la intensidad de la interacción interpersonal (Caprara et al., 1995). Un puntaje

promedio en esta dimensión muestra que el grupo de consumidores por lo general no tienden ni a la extroversión ni a la introversión, sino que hay un equilibrio normal en la manifestación de estos rasgos. En ese sentido puede decirse que los consumidores son moderadamente dinámicos, extravertidos, activos y asertivos.

Afabilidad (A) = promedio/bajo

Sucede lo mismo con la dimensión Afabilidad, la cual hace referencia a la predisposición a relacionarse con los demás. Los consumidores muestran una puntuación promedio, casi en el borde del criterio bajo. Esto significa que son moderadamente altruistas, comprensivos, cordiales y tolerantes. Dependiendo de las circunstancias, estas características podrían presentarse en menor medida.

Tesón (T) = promedio

La dimensión Tesón, que hace referencia a la capacidad de autorregulación o autocontrol, además de estar relacionada con el constructo *responsabilidad* de otros autores, se presenta en los consumidores como poco característica al estar entre el promedio. De esto se desprende que los

consumidores son moderadamente responsables, ordenados y diligentes. Una posible interpretación de este resultado apuntaría al ambiente estructurado y estructurante característico de las comunidades terapéuticas (el estudio se llevó a cabo en una de ellas y en un grupo de atención ambulatoria de Alcohólicos Anónimos). Si los pacientes obtuvieron puntuaciones promedio en la dimensión Tesón (en lugar de las *bajas* esperadas), esto podría deberse a que respondieron no de acuerdo a su forma habitual de pensar, sentir y comportarse (como se explicó y solicitó al aplicar la evaluación), sino de acuerdo a su autopercepción en la situación actual (al momento de la evaluación), en donde la estructura, el control y las reglas de la comunidad terapéutica o el grupo de apoyo influyeron en la autopercepción y por ende en las respuestas.

Estabilidad Emocional (EE) = bajo/muy bajo

La dimensión de personalidad más representativa de los consumidores es la Estabilidad Emocional y su baja, casi muy baja puntuación. Relacionada inversamente con el *neuroticismo*, esta dimensión mide aspectos relacionados al control de las emociones y de los impulsos. Puntuaciones bajas en la dimensión Estabilidad Emocional implican no solo una tendencia a experimentar estados ansiosos o depresivos, sino un patrón sostenido de dificultad para controlar las emociones, relaciones interpersonales inestables, inestabilidad de la autoimagen, impulsividad conductual que puede resultar peligrosa para sí

mismo, irritabilidad e ira intensa o injustificada, entre otras. Como se ve, todas estas características coinciden con los criterios diagnósticos del DSM-5 para el trastorno límite de la personalidad (APA, 2013), cuya comorbilidad con los trastornos por consumo de sustancias es extremadamente alta (Pérez de los Cobos Perís, 2006).

Apertura Mental (AM) = alto

En cuanto a la Apertura Mental, los consumidores tienden a puntuar relativamente alto. Hay que entender bien a qué hace referencia esta dimensión, sobre todo en lo que se refiere al consumo de sustancias. Una puntuación alta significaría, por un lado, interés por mantenerse informado, por la cultura y por adquirir conocimientos nuevos, pero también implica una disposición favorable hacia las novedades, una búsqueda activa de experiencias y sensaciones nuevas y una tendencia a considerar las cosas desde perspectivas diversas (Caprara et al., 1995). Si bien estas tendencias y predisposiciones no pueden considerarse como *negativas* per se, cuando otros factores de riesgo aparecen de manera concomitante, una alta Apertura Mental podría constituirse como una variable de riesgo para el inicio y el mantenimiento del consumo. La alta Apertura Mental, como característica de personalidad, podría implicar una reducción en la percepción de riesgo, un factor cuya

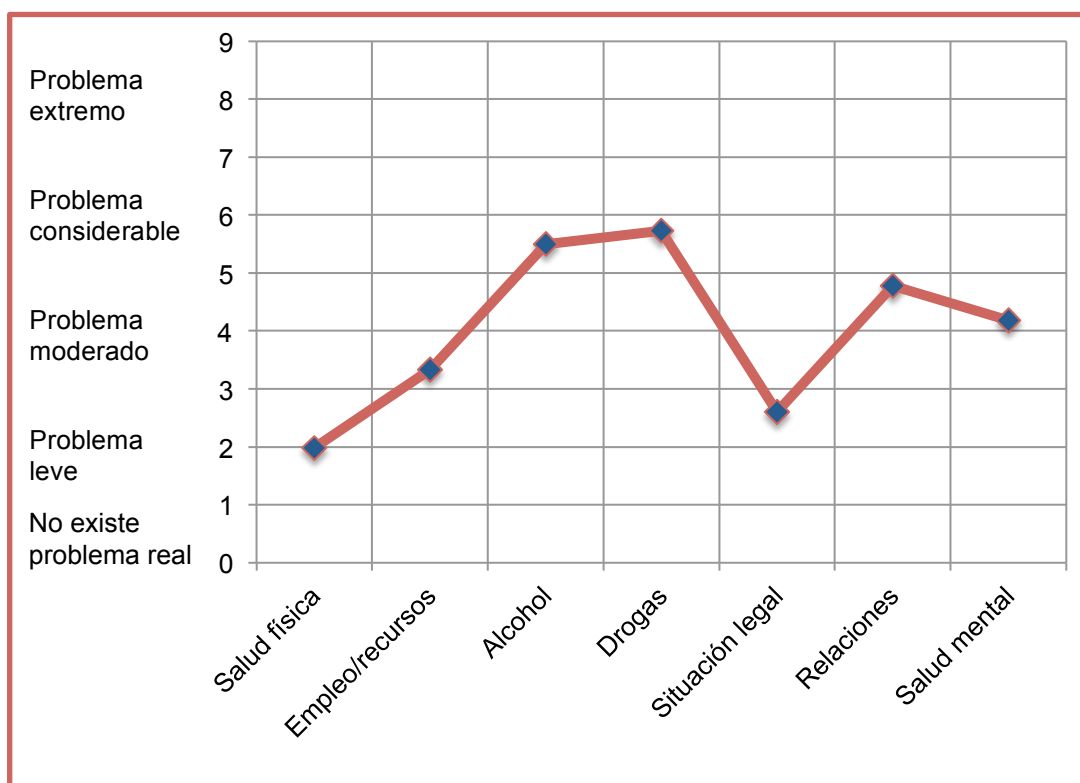
influencia en las conductas adictivas se considera capital (García del Castillo, 2012).

Los resultados de los diversos estudios que se han realizado en esta línea en los últimos años son muy variados y, pese a que se han controlado muchas variables, no se ha logrado un consenso respecto a los rasgos característicos o típicos de los consumidores problemáticos de sustancias.

Es probable —y algunas investigaciones lo apoyan (Kidorf et al., 2004)— que esto se deba a que los diferentes estudios se han realizado con consumidores de sustancias en general, sin diferenciar las sustancias. Si el modelo psicobiológico de personalidad de Cloninger es correcto, cada rasgo tendría un sustrato neurobiológico específico (Dolcet i Serra, 2006). Esto, sumado al hecho comprobado de que los diferentes tipos de drogas, según sus efectos, activan distintos circuitos neurobiológicos (Arias, Madoz & Ochoa, 2011), podría implicar que ciertos perfiles de personalidad mostrarían una inclinación por el uso de ciertos tipos de drogas. Por ejemplo, existiría un perfil del consumidor de drogas estimulantes como la cocaína o las anfetaminas, otro del consumidor de drogas depresoras, como la heroína o el alcohol, etcétera. Estudios posteriores podrían tratar de verificar esta hipótesis.

Por otro lado, a partir de los resultados de la evaluación de la gravedad de la adicción, se desarrolló un perfil multidimensional del consumidor de sustancias. A continuación se analiza lo que las puntuaciones de los consumidores en cada una de las áreas problema evaluadas significan.

Gráfico 4.3. Perfil multidimensional de gravedad del problema del consumidor de sustancias.



Nota: Las siguientes interpretaciones están basadas en los resultados obtenidos tras la evaluación de una muestra de consumidores ($n=40$) con el Índice de Gravedad de la Adicción EuropASI, el cual, como se explica más

adelante en este capítulo, ha sido desarrollado para evaluar realidades de consumo distintas a la ecuatoriana. Las conclusiones extraídas parecerían minimizar la gravedad de los problemas de consumo de nuestro país; esto no responde a la intención de la investigación, sino a las circunstancias y limitaciones de la misma.

Salud física

Los problemas de salud física de los consumidores tienden a ser leves. Por lo general no han estado hospitalizados por razones de salud relacionadas con el consumo, excepto desintoxicaciones, las cuales no cuentan para la evaluación de esta área (el EuropASI evalúa el número de hospitalizaciones a lo largo de la vida por cualquier motivo de salud física, incluyendo las sobredosis y los episodios de *delirium tremens*, pero excluyendo las desintoxicaciones). Tampoco es común el contagio de hepatitis o VIH, sospechado en pacientes que abusan sustancias de administración intravenosa. No suelen haber problemas de salud crónicos más allá de aquellos que el paciente ha arrastrado toda su vida (asma, enfermedades cardíacas, entre otros), y que no están ligadas al consumo. En conclusión, dado que no existen consecuencias permanentes ni incapacitantes en la salud física de los consumidores, sus problemas en esta área son leves.

Empleo/recursos

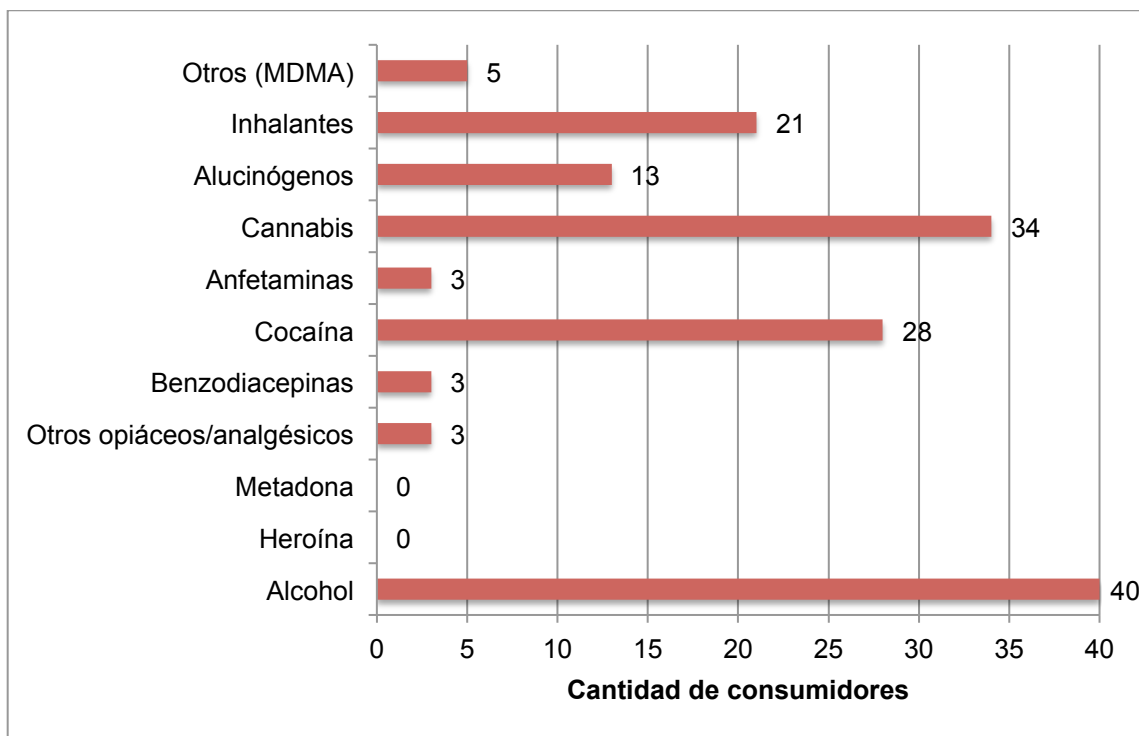
En el área de empleo y recursos, los problemas de los consumidores oscilan entre *leves* y *moderados*. Una de las razones podría estar relacionada con el nivel de estudios de la muestra. Para la edad promedio de la muestra ($M = 28.43$), se esperaría que la mayoría de ellos estén cursando estudios superiores o hayan obtenido un título de educación superior, pero resulta que la gran mayoría (72.5%) apenas terminó la secundaria. Esto genera dificultades a la hora de conseguir un empleo estable. Además, los períodos de empleo regular de los consumidores tienden a ser cortos, con dificultades ocasionales (debidas al ausentismo, principalmente) que muchas veces son causa de pérdida del trabajo. Sin embargo, su situación en cuanto a recursos no se manifiesta como preocupante debido a que, en la mayoría de casos, viven con sus padres y dependen económicamente de ellos.

Uso de alcohol/drogas

En cuanto al consumo de alcohol y drogas, los problemas de los consumidores están entre *moderados* y *considerables*. La frecuencia de consumo es alta y por lo general se trata de policonsumidores, con una amplia variedad de sustancias entre las que destacan el alcohol, el cannabis, la cocaína (clorhidrato y base), los inhalantes y los alucinógenos. Ningún caso

reportó administración intravenosa de drogas y muy pocos reportaron sobredosis o delirium tremens, lo cual disminuye significativamente la gravedad del problema. En el gráfico 4.4 se listan las sustancias consumidas con más frecuencia por la muestra de consumidores de este estudio. Por lo general han intentado mantener la abstinencia de forma voluntaria pero tras los repetidos fracasos han terminado por recurrir a tratamiento. Es común que los consumidores hayan recibido tratamientos previos, estando familiarizados con la estructura y funcionamiento de las comunidades terapéuticas o grupos de apoyo ambulatorio.

Gráfico 4.4. Frecuencia de consumo de las distintas sustancias entre la muestra de consumidores.



Situación legal

Las actividades ilegales en las que típicamente se ven envueltos los consumidores son posesión de drogas ilegales (las de su consumo), robos y fraudes menores (por lo general dentro de su propio hogar o círculo de amigos), alteración del orden (disturbios y peleas ocasionales bajo los efectos de sustancias) y delitos de tránsito (exceso de velocidad, conducción bajo los efectos de sustancias, entre otros). Como se ve, no existen mayores problemas en lo que respecta a la situación legal de los consumidores, pero aquí cabe una consideración: los sujetos evaluados se encontraban dentro de programas de tratamiento, ya sean ambulatorios o de internamiento. Quienes acuden en busca de ayuda para un problema por consumo de sustancias pueden mostrar deterioro en todas las áreas de su vida, pero, por lo general, no se han visto envueltos en delitos graves que puedan ser causa de cargos o condenas, o bien han conseguido evadir los mismos de una forma u otra. Si la misma evaluación se llevara a cabo en consumidores privados de libertad con causas judiciales activas, seguramente se encontrarían niveles de gravedad mucho mayores en cuanto a la situación legal.

Relaciones familiares/sociales

Los problemas de los consumidores en lo que se refiere a las relaciones familiares y sociales son moderados. Como se dijo antes, la mayoría vive con sus padres y depende de ellos, lo cual, como es de suponer, implica constantes conflictos. Las relaciones con padres, hermanos y parejas (cuando las hay) suelen estar deterioradas o bien son funcionales pero altamente patológicas. Los consumidores tienden a pasar la mayor parte de su tiempo libre con pares que también consumen. Reportan tener muy pocos amigos íntimos o *verdaderos*, o no tenerlos en absoluto.

Salud mental

En lo que se refiere a salud mental, los problemas de los consumidores son también moderados. Entre los síntomas más comúnmente reportados están los depresivos y los ansiosos. También dicen experimentar problemas para comprender, concentrarse o recordar, problemas para controlar conductas violentas y, en pocos casos, ideación suicida.

Durante la evaluación y, posteriormente, mientras se analizaban los resultados obtenidos en cuanto a la gravedad de la adicción, se detectó que el instrumento empleado (EuropASI) está diseñado para medir otras realidades de consumo, distintas a la realidad ecuatoriana, pues las puntuaciones obtenidas por la muestra de consumidores no denotaban problemas graves o considerables en ciertas áreas, a saber: Salud física y Situación legal.

Esto se debe a que los criterios de evaluación del EuropASI son bastante estrictos. Para puntuar alto en un área como Salud física, deberían haber respuestas positivas a contagio de VIH o negligencia en el manejo de las jeringuillas al usar drogas inyectables, por ejemplo. En la realidad del Ecuador, dado el consumo casi nulo de heroína u otras drogas de administración intravenosa, los problemas de salud física de los consumidores no se evidencian como graves, al menos si se evalúan bajo los criterios del EuropASI. Algo similar sucede con el área Situación legal, en donde una puntuación alta requeriría, entre otras cosas, haber sido procesado y pasado una temporada en la cárcel por varios delitos (a mayor número de delitos, mayor puntuación). Los sujetos que se encuentran en programas de tratamiento por consumo de drogas han logrado evitar las consecuencias legales de sus delitos, que de todas formas, por lo general, no son graves.

Ante estos resultados, cabe considerar los criterios bajo los cuales se entienden los problemas graves de consumo en nuestro medio. Si bien es cierto

que el EuropASI ha sido elaborado para evaluar otras realidades de consumo —a saber, las europeas—, sus criterios se ajustan más a los de los manuales de diagnóstico (DSM-5 y CIE-10) y al consenso internacional en cuanto a la definición de trastornos por consumo de sustancias. El fenómeno del consumo tiene sus peculiaridades en cada región y en cada país, como evidencian los resultados de los informes de drogas (2013) de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, con amplias diferencias en los patrones de consumo de los distintos tipos de drogas. En Latinoamérica y el Caribe, el consumo de opiáceos (morfina, heroína y otros derivados) es casi nulo (UNODC, 2013). De acuerdo al último estudio del CONSEP (2007), en Ecuador sucede lo mismo.

Los criterios de evaluación de los trastornos por consumo están inspirados en patrones de consumo distintos a los de nuestro medio. En el resto del mundo, una de las principales preocupaciones en cuanto a salud pública es el consumo de sustancias de administración intravenosa, entre las que destaca la heroína (UNODC, 2013). Los daños a la salud —y a todas las áreas de la vida del individuo— causados por este tipo de drogas son devastadores.

En Ecuador, las principales sustancias ilícitas consumidas son el cannabis y la cocaína en sus distintas formas (CONSEP, 2007). Pese a que su consumo puede ser problemático y generar graves problemas en múltiples áreas, la salud física no suele verse tan drásticamente afectada como lo está en

el consumo de opiáceos. De ahí que las puntuaciones obtenidas en ciertas áreas en este estudio no parezcan significar más que un problema leve.

Es cierto que el consumo de drogas es un problema complejo y multifactorial en cuanto a causas, pero al encontrarse cierta asociación de acuerdo a la cual uno de los componentes causales de la conducta de consumo es un perfil de personalidad en donde la Estabilidad Emocional es baja y la Apertura Mental alta, los programas terapéuticos para la rehabilitación de problemas por consumo de sustancias podrían desarrollar estrategias y modelos que atiendan a estos hechos.

Determinada la implicación de los resultados encontrados, corresponde discutir una propuesta terapéutica para manejar la problemática particular de estos pacientes. El tratamiento de la personalidad y sus manifestaciones patológicas ha sido fuente de interés por parte de la psicoterapia desde sus orígenes. El psicoanálisis se fundó sobre los intentos de Freud por curar histerias, neurosis fóbicas y obsesivas, trastornos todos de la personalidad. Casi un siglo después, la terapia cognitiva trató de adaptar su modelo —exitoso en el tratamiento de trastornos del estado de ánimo y ansiosos— a las categorías clínicas de trastornos de la personalidad propuestas por el modelo psiquiátrico, sin demasiado éxito. En las últimas décadas se han desarrollado múltiples modelos terapéuticos para el tratamiento de la personalidad y sus trastornos, muchas veces destinados a un tipo de trastorno en particular. La

tendencia de estos modelos es la integración, es decir la unificación de técnicas y recursos provenientes de diversas fuentes teóricas y epistemológicas, adaptadas de forma que cubran de la mejor manera posible todo el espectro y la complejidad que un trastorno de personalidad implica. Tomando los lineamientos generales de estos modelos, a continuación se desarrolla una breve propuesta de intervención integrativa para el control y manejo de los rasgos de personalidad identificados como característicos de los consumidores de sustancias en este estudio.

V. PROPUESTA

5.1. Introducción

Una propuesta de tratamiento cuyo objetivo primordial sea la personalidad genera alerta y suspicacia entre los especialistas. No sin razón; el constructo *personalidad* está por lo general asociado en la mente del psicólogo —con independencia de su orientación teórica— con la cualidad de inalterabilidad. “Somos lo que somos”, dice el lego y, curiosamente, a pesar de la evidencia y de la evolución de nuestro entendimiento al respecto, el psicólogo opina más o menos lo mismo. La sugerencia de cambio, uno de los principales objetivos de cualquier proceso terapéutico, no parece compatible con esa idea en donde la personalidad es, en mayor o menor medida, inmutable una vez que se ha desarrollado completamente.

La relación entre la personalidad y el consumo de sustancias, hipotetizada al inicio de este estudio y probada tras su ejecución, aunque no implica causalidad, genera cuestionamientos respecto a la etiología de los trastornos por consumo, lo que a su vez nos obliga a pensar en la posibilidad de nuevas alternativas en el tratamiento; alternativas que, considerando la importancia evidente de los rasgos de personalidad y sus disfunciones en el

desarrollo y mantenimiento de los problemas por consumo, concentren sus esfuerzos en el control y manejo de esas características de personalidad.

El modelo que se presenta a continuación está inspirado en los principios integrativos, sintetizados por Héctor Fernández-Álvarez (2010), para una terapia de trastornos de la personalidad, y se centra en la Terapia Dialéctica Conductual de Marsha Linehan (1993), conocida por su eficacia para tratar el Trastorno de Personalidad Límite (TPL). La reactividad e intensidad emocionales, la incapacidad para inhibir conductas inapropiadas relacionadas con emociones fuertes, la baja tolerancia a la frustración y la incursión en conductas de riesgo, entre otras, son algunos de los ejemplos de las tendencias halladas en los consumidores tras este estudio. Se elige dicho modelo terapéutico pues se considera que los rasgos de personalidad característicos de los consumidores de sustancias encontrados en este estudio guardan una interesante correlación conceptual con los criterios de diagnóstico del TPL.

5.2. Principios generales de una terapia integrativa de la personalidad

Considerando las particularidades y la complejidad que la patología de la personalidad implica, existen algunas observaciones preliminares a tener en cuenta antes de pasar a hablar de la intervención propiamente dicha:

- *Objetivos:* Cambiar, en lo que se refiere a los rasgos de personalidad, no significa la eliminación o remisión de conductas o síntomas determinados como ocurre con otras patologías. Como señala Fernández-Álvarez, “el paciente conservará, a grandes rasgos, el perfil y el estilo habitual de su organización mental característica” (2010, p. 298). La personalidad, después de todo, por muy disfuncional que resulte en ciertos casos, constituye la estructura básica del individuo y, con la ayuda de la terapia, solo se modificará hasta el límite que lo permita dicha estructura. Más allá de la comprensión que alcance el paciente sobre las implicaciones de su funcionamiento habitual en su padecimiento, las resistencias por preservar el núcleo de su identidad serán fuertes y esto debe ser comprendido y asumido tanto por el paciente como por el terapeuta, de modo que los objetivos y sus alcances estén claros desde el principio.
- *Gradualidad y momentos:* En principio se atenderán los factores más periféricos y emergentes, tales como: crisis ansiosas o depresivas, conductas autolesivas, conflictos interpersonales graves, entre otros; factores que usualmente desencadenan la demanda y que suelen estar afectando la calidad de vida del paciente de manera aguda. El éxito en esta primera fase puede contribuir a la motivación del paciente para continuar en el tratamiento y, progresivamente, avanzar hacia los patrones básicos de la organización personal. Desdoblar la terapia en fases —previamente acordadas y discutidas con el paciente— es fundamental en el tratamiento

de la personalidad disfuncional que, por lo general, requiere más tiempo que el de otras patologías.

- *Relación terapéutica*: La importancia de este aspecto, más allá de la teoría o las técnicas particulares que se empleen, es indiscutible en todo proceso terapéutico; con mucha más razón en uno que, por la naturaleza de su objetivo, suele requerir más tiempo y dedicación de las usuales. Se trata de una relación con un alto nivel de compromiso de ambas partes. Es indispensable que el terapeuta valide la experiencia disfuncional del paciente. El vínculo debe ser seguro y equilibrado, capaz de soportar no solo la duración inherente a un proceso enfocado en la personalidad, sino además las complicadas y múltiples contingencias que con seguridad surgirán al intentar movilizar patrones y estructuras tan fuertemente arraigadas.
- *Dispositivo grupal*: La problemática característica de la patología de la personalidad en cuanto a la disfunción en las relaciones interpersonales (Beck, 2005; Belloch Fuster, 2010; Fernández-Álvarez, 2010) hace que las terapias grupales sean un elemento casi obligatorio, complementario al proceso individual. El grupo terapéutico potencia la posibilidad de actualización de los problemas y dificultades en cuanto a los modos habituales desadaptativos del paciente a la hora de relacionarse con otros. Es también un espacio idóneo para ensayar nuevas formas de relación y

roles. Por último, como nueva red de vínculos sociales, genera sentimientos de pertenencia, favorece nuevos puntos de observación de su conducta y sirve como sistema de prevención y control de sus actos (Fernández-Álvarez, 2010).

5.3 Terapia Dialéctica Conductual (TDC) de M. Linehan

Originalmente ideada para asistir a mujeres con conductas parasuicidas, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) de Marsha Linehan es un modelo psicoterapéutico integrativo con una amplia diversidad de fuentes teóricas y técnicas, empleado con éxito en el manejo de la compleja problemática del Trastorno de Personalidad Límite (TPL). Es uno de los modelos que cuentan con mayor cantidad de estudios sobre su efectividad en el tratamiento no solo del TPL, sino de otras patologías de difícil manejo (depresión, desórdenes alimenticios, consumo de sustancias, entre otras). Se trata de un programa basado en evidencia reconocido por la Asociación Psiquiátrica Americana como un tratamiento recomendado para el TPL (APA, 2001). También ha sido revisado por el Instituto Nacional de Salud y Excelencia Clínica del Reino Unido como una aproximación basada en evidencia para el TPL (NIHCE, 2009). Por último, desde el 2006, la TDC ha sido incluida en el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basadas en Evidencia de la Administración de Servicios para Abuso de Sustancias y Salud Mental (SAMHSA, 2006).

Sus principios generales provienen de tres fuentes: la ciencia comportamental, la filosofía dialéctica y la práctica del Zen. La integración de estos principios se da en una teoría biopsicosocial que entiende al TPL como una disfunción por la falta de habilidades importantes en lo interpersonal, en la auto-regulación (incluyendo la regulación emocional y conductual) y en la tolerancia al malestar. Además, considera que existen factores tanto personales como ambientales que bloquean o inhiben el uso de habilidades comportamentales que los pacientes sí poseen y, por tanto, refuerzan las conductas disfuncionales.

¿Por qué *dialéctica*? Porque la filosofía dialéctica, con su idea de que la realidad es una permanente oposición de fuerzas a través de la cual se logran síntesis, está detrás de todo en este modelo. La dialéctica fundamental de la TDC es el equilibrio que se pretende entre la búsqueda de cambio y la necesidad de aceptación. Este énfasis dialéctico reúne en un solo modelo las *tecnologías del cambio*, basadas en la teoría del aprendizaje conductual, y las *tecnologías de la aceptación* —por llamarlas de alguna manera—, extraídas de los principios del Zen oriental y de las prácticas de contemplación occidentales (Dimeff & Linehan, 2001).

En el protocolo de intervención que se propone más adelante, estos principios están representados en las técnicas y metodología empleadas. Por ejemplo, el componente comportamental se atiende con la adquisición de

habilidades de regulación emocional, de autocontrol e interpersonales, mediante técnicas cognitivo-conductuales. La filosofía dialéctica atraviesa todo el proceso de manera transversal, pero se le dedica una sesión especial a la adquisición de la capacidad de pensamiento dialéctico. Por último, los principios Zen se sintetizan en la práctica del *mindfulness*, la meditación que fomenta una relación de aceptación total del presente y de las cosas tal como son.

El tratamiento debe partir del mutuo entendimiento y acuerdo por parte del terapeuta y del paciente de que, al ser la personalidad el foco de atención del proceso, el mismo se vivirá como una constante tensión entre la necesidad del paciente de alcanzar otro estado y, al mismo tiempo, defender su actual modo de conducirse, pues se trata de sus zonas conocidas y habituales de desempeño cotidiano. Es el equilibrio entre estas dos fuerzas, cambio y aceptación, el que define este modelo y lo diferencia de otros. Se enseña al paciente a pensar de forma dialéctica para así conducirse mejor en su vida y experimentar menos malestar.

Como ya se ha dicho, la baja Estabilidad Emocional y la alta Apertura Mental, como dimensiones características de personalidad encontradas en los consumidores tras este estudio, guardan una interesante relación conceptual con las características del Trastorno de Personalidad Límite, para el cual este modelo terapéutico ha sido desarrollado y probado. Esas dos dimensiones se cubren dentro del programa al entrenar a los pacientes en habilidades de

competencias interpersonales, regulación de emociones, tolerancia del malestar y mindfulness, así como enseñándoles los principios de la teoría cognitiva y de la filosofía dialéctica, que son los ejes transversales de este programa de tratamiento.

5.3.1. Funciones del tratamiento

El programa de tratamiento, como lo expone Fernández-Álvarez (2010), obedece a cinco funciones principales:

- 1) Potenciar las capacidades del paciente: entrenamiento en nuevas habilidades o activación de habilidades empleadas de manera poco efectiva, modelado, ensayo de conducta.
- 2) Incrementar la motivación del paciente: promover la aplicación de los nuevos aprendizajes a diferentes situaciones, utilizando estrategias de manejo de contingencias, exposición, etcétera.
- 3) Potenciar la generalización: transferir las nuevas habilidades a contextos naturales donde existe mayor tensión y frente a contextos sociales más difíciles, apoyándose en exposiciones en vivo, consultas telefónicas, etcétera.
- 4) Estructurar el ambiente: aplicación de lo aprendido en situaciones vinculares o familiares.

- 5) Potenciar las capacidades de terapeuta: proporcionar al terapeuta recursos para afrontar la tarea, desarrollar habilidades específicas, supervisar su nivel de estrés en el trabajo, supervisión por otros.

5.3.2. Tipos de intervención

Para cumplir con estas cinco funciones, el programa prevé cuatro tipos de intervención:

- a) Terapia individual: la constituyen sesiones semanales de aproximadamente una hora de duración, con una estructura y unos objetivos muy bien definidos, dirigidos a eliminar las conductas que pueden interferir con el cumplimiento del programa y modificar aquellas que ejerzan un efecto negativo sobre la calidad de vida del paciente.
- b) Terapia grupal: duran alrededor de dos horas y están diseñadas con el objetivo principal del entrenamiento en habilidades, con un formato psicoeducativo. Se componen de cuatro módulos: mindfulness, tolerancia del malestar, regulación emocional y competencia interpersonal.
- c) Consultas telefónicas: son contactos breves con el terapeuta o el equipo profesional a los que el paciente puede recurrir para contrastar sus

acciones en situaciones específicas. Está orientado a favorecer la transmisión a la vida cotidiana de las habilidades aprendidas en la terapia individual o grupal. Para ello se le proporciona una forma de contacto permanente (número telefónico, mensajes de texto, correo electrónico, entre otros).

- d) Encuentros de consulta: son reuniones entre los integrantes del personal asistencial diseñadas para que el equipo disponga de un espacio para regular sus actividades, aumentar la cooperación y así evitar el posible *burn-out*, común en procesos largos y demandantes como lo son aquellos en los que se trabaja con la personalidad.

5.4. Protocolo de intervención

A continuación se ofrece un protocolo de intervención grupal distribuido en 8 sesiones, cada una de las cuales tiene sus propios objetivos respecto a las áreas a intervenir. Está inspirado en el modelo de Linehan (1993) pero toma también elementos y técnicas cognitivo-conductuales más generales.

Primera sesión

Tema: Encuadre y devolución de información.

Área de intervención: Relación terapéutica.

Objetivos:

- Conocer las motivaciones individuales del proceso y validar las experiencias personales.
- Establecer los lineamientos y funcionamiento generales del proceso grupal y del grupo.
- Explicar los resultados obtenidos tras el estudio/evaluación y sus implicaciones.

Técnica: Diálogo socrático y participación activa.

Metodología (30 minutos):

1. Se explica la razón del programa, sus objetivos, estructura y beneficios y se pregunta a cada participante por qué está aquí y qué espera del proceso.
2. Se presentan las características y reglas del proceso grupal, haciendo énfasis en la confidencialidad y en la validación sin juicios de todo lo que ahí se comparta.

3. Se exponen los resultados de la evaluación, se explican sus implicaciones y se comparten con todo el grupo, procurando que ellos determinen qué tan identificados se sienten con esos resultados.

Evaluación de resultados (20 minutos):

- Conclusión de las necesidades y motivos grupales a partir de las individuales.
- Comprensión de las características del proceso en grupo.
- Relacionar el objetivo de la intervención terapéutica con los resultados de la evaluación.

Tarea (10 minutos): Escribir ideas en las que realcionen momentos de su vida con los rasgos de personalidad revisados en la sesión (Estabilidad Emocional baja y Apertura Mental alta), señalando cómo esos rasgos influyeron en su consumo.

Segunda sesión

Tema: Bases del modelo cognitivo.

Área de intervención: Habilidades cognitivas y de introspección.

Objetivos:

- Adquirir la capacidad de discriminación y relación entre eventos, pensamientos, emociones y conductas.
- Identificar distorsiones cognitivas.
- Relacionar estas distorsiones con las emociones y conductas que generan.
- Modificar las distorsiones por interpretaciones más adaptativas.

Técnica: Psicoeducación; reestructuración cognitiva.

Metodología (30 minutos):

1. Revisión de la tarea inter-sesión.
2. Se expone en un pizarrón la secuencia teorizada por el modelo cognitivo en donde un evento externo genera determinada interpretación (pensamiento) por parte del individuo, la cual a su vez provoca una emoción y esta una conducta.

3. Se cuestiona cuáles de los puntos de este proceso están bajo nuestro control y cuáles no.
4. Se enfatiza la importancia de aprender a diferenciar entre cada uno de estos elementos para así poder ganar más control sobre las emociones y la conducta, y, en consecuencia, mejorar la adaptabilidad y la calidad de vida.

Evaluación de resultados (20 minutos):

- Diferenciar sin problema eventos, pensamientos, emociones y conductas (se provee una lista de frases y se pide identificar a qué grupo pertenece cada una).
- Capacidad para reconocer las distorsiones en sus pensamientos.
- Habilidad para considerar y elaborar opciones más adaptativas de interpretación de los hechos.

Tarea (10 minutos): Anotar 5 sucesos a lo largo de la semana y diferenciar entre eventos, pensamientos, emociones y conductas en cada uno de ellos.

Tercera sesión

Tema: Filosofía dialéctica.

Área de intervención: Patrones inflexibles de pensamiento.

Objetivos:

- Generar la capacidad para pensar de forma dialéctica, más adaptativa, menos dicotómica.

Técnica: Psicoeducación; reestructuración cognitiva.

Metodología (30 minutos):

1. Revisión de la tarea inter-sesión.
2. Se explica el significado de *dialéctico* y la idea de que dos cosas aparentemente opuestas pueden ser ciertas al mismo tiempo (ej.: “tienes razón y la otra persona también tiene razón”, “estás haciendo lo mejor que puedes y podrías esforzarte más”).
3. Se analizan las formas de pensamiento polarizado (*blanco o negro, todo o nada*) y se discuten sus inconvenientes y por qué es mejor flexibilizar y expandir el pensamiento.

4. Se dan y se piden ejemplos a cada participante sobre aseveraciones dialécticas; si hay confusión, corregir y generar respuestas más adecuadas a partir de la participación del grupo.

Evaluación de resultados (20 minutos):

- Proponer alternativas dialécticas ante ideas o afirmaciones dicotómicas o polarizadas que se dan como ejemplo.

Tarea (10 minutos): Registrar a lo largo de la semana tres circunstancias/anécdotas en las que lograron interpretar determinada situación de forma dialéctica y cuáles fueron sus beneficios.

Cuarta sesión

Tema: Mindfulness.

Área de intervención: Dificultad para aceptar emociones disruptivas y pensamientos molestos (Estabilidad Emocional baja).

Objetivos:

- Adquirir la habilidad de enfocar la atención y así reconocer y validar los pensamientos y las emociones.

Técnica: Entrenamiento en meditación/mindfulness.

Metodología (30 minutos):

1. Revisión de la tarea inter-sesión.
2. Con los ojos cerrados y en postura cómoda se empieza a hacer un recorrido mental por todo el cuerpo (reconocimiento corporal guiado).
3. Guiar la atención de un foco a otro sutilmente (empezando por la parte superior del cuerpo y bajando progresivamente hasta los pies), recordando a cada momento que lo importante es atender con curiosidad y sin prejuicios todas las sensaciones, pensamientos o emociones que aparezcan.
4. Cada vez que se pase de una zona del cuerpo a otra en el recorrido mental, guiar la atención hacia las posibles ideas, sensaciones o emociones, positivas o negativas que se experimenten en ese momento; indicar que se las reconozca como tales, que se las acepte sin juzgarlas; simplemente permitirse experimentarlas; luego guiar la atención de regreso al recorrido mental que se estaba efectuando.

Evaluación de resultados (20 minutos):

- Sondear las impresiones y sensaciones en el grupo tras concluir la meditación.

Tarea (10 minutos): Practicar meditación todas las noches antes de acostarse. Al terminar, registrar las dificultades, las distracciones, las ideas o emociones que surgieron y cómo se sintió respecto a las mismas después.

Quinta sesión

Tema: Regulación de emociones.

Área de intervención: Dificultad para controlar emociones y conductas (Estabilidad Emocional baja).

Objetivos:

- Adquirir la capacidad de reconocer las emociones, entenderlas y evitar reaccionar negativamente ante ellas.
- Aprender formas positivas de respuesta conductual ante las emociones.

Técnica: Psicoeducación y entrenamiento en habilidades de regulación emocional.

Metodología (30 minutos):

1. Revisión de la tarea inter-sesión.
2. Exponer una perspectiva saludable de las emociones, abarcando sus funciones, componentes y características (ej.: Las emociones no son buenas ni malas, solo son, existen, y no es útil juzgarlas; las emociones no duran para siempre, cambian; cuando una emoción fuerte nos invade, no debemos actuar de forma reactiva, sino reconocerla y entenderla; no nos podemos deshacer de las emociones, pues cumplen funciones evolutivas de supervivencia, debemos aceptarlas y entender su origen).
3. Relacionar las experiencias emocionales personales con los pensamientos y las conductas (recordando lo aprendido sobre el modelo cognitivo).
4. Recordar un momento en la semana pasada en que hayan experimentado una fuerte emoción negativa; que la describan y que expliquen cuál fue su reacción (conducta) y qué consecuencias tuvo. Después tendrán que pensar en una reacción alternativa que genere consecuencias positivas.

5. Explicar las diferencias entre mente emocional (respuestas viscerales), mente racional (respuestas pensadas) y su síntesis: mente sabia (usar ejemplos de los participantes).

Evaluación de resultados (20 minutos):

- Se invita a los participantes a expresar su experiencia durante el ejercicio y de esta manera se evalúa:
 - Habilidad de identificar las emociones (positivas y negativas), nombrarlas y relacionarlas con los pensamientos y las conductas.
 - Habilidad para aceptar/modificar, validar las emociones.
 - Capacidad para inhibir respuestas conductuales disfuncionales ante las emociones.

Tarea (10 minutos): Practicar lo aprendido en la sesión a lo largo de la semana y llevar un registro de las experiencias. Anotar las situaciones en que se presenten emociones fuertes y cuál fue la respuesta conductual. Si no fue adecuada, proponer una alternativa y tratar de aplicarla la próxima vez.

Sexta sesión

Tema: Tolerancia del malestar.

Área de intervención: Impulsividad conductual (Estabilidad Emocional baja y Apertura Mental alta).

Objetivos:

- Conseguir un mejor manejo de las crisis para evitar respuestas conductuales desadaptativas.

Técnica: Habilidades de autocontrol; ejercicios de relajación muscular progresiva; autoinstrucciones.

Metodología (30 minutos):

1. Revisión de la tarea inter-sesión.
2. Exposición de la técnica de manejo de impulsos (inducir una emoción negativa; verbalizar la necesidad de reacción; evaluar la intensidad del impulso entre 1 y 10; aplazar el impulso durante 15 minutos; escribir detalladamente las gratificaciones emocional, social e intrapersonal de postergación de la conducta impulsiva; volver a evaluar la intensidad del impulso).
3. Relajación muscular progresiva.

4. Escribir detalladamente ideas y pensamientos positivos que ayuden a modificar las emociones, pensamientos y conductas; pedirles que las lean en voz alta en forma repetitiva, con convicción de lo elaborado; pedir que susurren la misma lista elaborada; pedirles que la lean en silencio.

Evaluación de resultados (20 minutos):

- Capacidad para controlar los impulsos ante situaciones que generen estados emocionales intensos.

Tarea (10 minutos): Llevar una situación diaria a lo largo de la semana en donde aplicaron el autocontrol y las autoinstrucciones.

Séptima sesión

Tema: Competencias interpersonales.

Área de intervención: Relaciones interpersonales conflictivas e inestables (Estabilidad Emocional baja).

Objetivos:

- Mejorar las habilidades interpersonales.
- Trabajar la comunicación verbal y no verbal (adecuada).
- Expresar sentimientos a otros de manera asertiva.

Técnica: Role-play o escenificación y modelamiento.

Metodología (30 minutos):

1. Revisión de tarea inter-sesión.
2. Formar parejas o subgrupos para escenificar situaciones cotidianas (pedir que se representen tal como piensan que se desarrollarían normalmente en el día a día).
3. Cada vez que se detecte una reacción inapropiada o contraproducente, detener la representación y pedir al grupo que genere una reacción más adaptativa, basada en un lenguaje verbal y no verbal adecuado (postura corporal, contacto visual, tono de voz, etc.) y en comunicaciones asertivas (ni agresivas ni sumisas, sino expresando los deseos y las necesidades de forma clara, honesta y directa).

Evaluación de resultados (10 minutos):

- Mejores interacciones interpersonales.
- Lenguaje verbal y no verbal adecuados.

- Capacidad para expresar sentimientos de manera asertiva.

Tarea (10 minutos): Practicar estas habilidades a lo largo de la semana en al menos tres interacciones. Escribirlas para compartirlas con el grupo en la próxima sesión.

Octava sesión

Tema: Recapitulación, evaluación y cierre del proceso.

Área de intervención: Refuerzo de aprendizaje.

Objetivos:

- Recordar brevemente las habilidades y estrategias aprendidas a lo largo del proceso con ejemplos.
- Evaluar la funcionalidad, adaptabilidad y flexibilidad de los participantes.

Técnica: Diálogo socrático, cuestionario.

Metodología (50 minutos):

1. Revisión de la tarea inter-sesión.

2. Se revisan nuevamente los aspectos más importantes de las habilidades aprendidas en las sesiones anteriores.
3. Se aplica un cuestionario (anexo 5) orientado a evaluar el aprendizaje e interiorización de las habilidades aprendidas.
4. Al final de la sesión se puede proponer al grupo construir conjuntamente (dibujar, modelar en arcilla, material reciclado, etc.) un símbolo grupal que represente apoyo, fortaleza, esperanza en sus vidas.
5. Se cierra la sesión reforzando los avances, motivándolos a seguir en el proceso individual terapéutico.
6. El terapeuta interventor agradece la participación.

5.4.1. Autoevaluación del terapeuta/interventor

Al término de cada sesión, es recomendable que el interventor realice una autoevaluación sobre la pertinencia y adecuación de su papel en el grupo, con el objetivo de corregir aquellos aspectos en los que detecte dificultades y mejorarlos para el resto de sesiones o futuras intervenciones. A continuación se presenta una escala sugerida para dicha autoevaluación.

Cuadro 5.1

Escala de autoevaluación para el terapeuta/interventor.

ÍTEMS	1	2	3	4	5
Aptitud para el trabajo en equipo.					
Capacidad para tomar decisiones en consenso.					
Manejo de la disciplina grupal e individual.					
Capacidad de liderazgo.					
Capacidad de comunicación y relación interpersonal.					
Motivación a brindar ayuda.					
Proactividad.					
Capacidad empática (sintonización y comprensión de afectos).					
Manejo de la contratransferencia.					
Nivel de comodidad, confianza y sinceridad con el grupo.					

Clave: 1=insuficiente; 2=regular; 3=bueno; 4=muy bueno; 5=excelente

Fuente: Balarezo, 2010.

VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. Conclusiones

- El objetivo de esta investigación fue determinar si existe una relación entre las dimensiones de personalidad y el consumo de sustancias. Para esto, se diseñó un estudio comparativo con muestras emparejadas en las variables sociodemográficas edad, sexo y nivel de estudios. Al evaluar las dimensiones de personalidad en ambos grupos muestrales, se encontró que el grupo de consumidores presentaba diferencias estadísticamente significativas en dos de las cinco dimensiones evaluadas, a saber:
 - ❖ Estabilidad Emocional (E), en donde el grupo de consumidores obtuvo una puntuación *baja* (según el perfil de personalidad del BFQ), inferior a la puntuación *alta* obtenida por el grupo de consumidores. La diferencia entre ambos grupos es estadísticamente significativa.
 - ❖ Apertura Mental (AM), dimensión en la que el grupo de consumidores alcanzó una puntuación *alta* (de acuerdo al perfil de personalidad del BFQ), superior a la del grupo de no

consumidores, el cual obtuvo una puntuación dentro del promedio pero en el límite inferior, con una tendencia a la baja. De nuevo, la diferencia entre los dos grupos es estadísticamente significativa.

- Dado el reducido número de la muestra de consumidores ($n = 40$), un análisis de correlación no es viable pues no sería significativo. De todos modos, a partir de los resultados obtenidos en el estudio comparativo, las diferencias significativas de personalidad entre ambos grupos sugieren algún nivel de asociación entre las variables.
 - ❖ En este sentido, puede concluirse que puntuaciones bajas o muy bajas en Estabilidad Emocional (EE) y, simultáneamente, puntuaciones altas o muy altas en Apertura Mental (AM), constituyen un factor de riesgo predisponente para el consumo de sustancias.
 - ❖ De igual forma y siguiendo la misma lógica, si analizamos los datos obtenidos por el grupo de no consumidores, puede concluirse que puntuaciones altas en las dimensiones Energía (E) y Estabilidad Emocional (EE), pueden constituirse como factores de protección contra el consumo.

- Además de los resultados hallados en cuanto a las dimensiones de personalidad en consumidores, cuando se realizó la evaluación de la gravedad del consumo se encontraron ciertas características del tipo de consumidor evaluado, a saber:
 - ❖ Problemas leves en las áreas Salud física y Situación legal;
 - ❖ Problemas moderados en las áreas Empleo/recursos, Relaciones familiares/sociales y Salud mental;
 - ❖ Problemas considerables en las áreas Uso de alcohol y Uso de drogas.

- Al centrar sus objetivos en las características de personalidad que tienen que ver con la desregulación emocional y las conductas de riesgo, la Terapia Dialéctica Conductual podría funcionar como modelo terapéutico para el manejo y control de los rasgos disfuncionales de personalidad encontradas en los consumidores.

6.2. Recomendaciones

- Una de las principales limitaciones de esta investigación es que se trata de un estudio transversal con una muestra reducida de sujetos de ambas poblaciones. Pese a que se controlaron las variables covariantes (edad, sexo y nivel de estudios) y esto permitió aquilatar las diferencias más significativas, sería recomendable contrastar los resultados en muestras más amplias, de forma que los mismos sean más contundentes y significativos.
- Lo que este estudio trataba de determinar era si existía un perfil de personalidad típico de la *conducta de consumo*, sin controlar el tipo de sustancia específico objeto de esa conducta. Investigaciones posteriores podrían intentar controlar esa variable, diferenciando la muestra —una muestra más amplia— de acuerdo a los tipos de sustancias consumidas.
- Como ya se ha dicho, al haber una prevalencia de consumo de sustancias de administración intravenosa (e.g. heroína) casi inexistente tanto en Latinoamérica (UNODC, 2013) como en Ecuador (CONSEP, 2007), los perfiles de gravedad de la adicción devueltos por pruebas como el EuropASI van a reflejar una realidad distorsionada que tiende a minimizar la gravedad real del problema de consumo del medio. Se sugeriría realizar las

investigaciones pertinentes para el diseño de instrumentos de evaluación más acordes con la realidad de consumo de nuestra región.

- La Terapia Dialéctica Conductual de Linehan parece una buena alternativa de tratamiento para pacientes con trastornos por consumo de sustancias. Sin embargo, la propuesta que se realiza en este estudio se basa en la suposición teórica de que el Trastorno de Personalidad Límite se relaciona conceptualmente con los rasgos disfuncionales de personalidad encontrados. Podrían efectuarse estudios en donde se incluya este modelo terapéutico como parte del programa de tratamiento para verificar su efectividad con esta población y en nuestro contexto.

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Tercera edición)*. Barcelona: Masson.

American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Cuarta edición)*. Barcelona: Masson S.A.

American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 158, 1-52. Recuperado de: http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/bpd.pdf

American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Cuarta edición, Texto revisado)*. Barcelona: Masson S.A.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fifth Edition)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Anthony, J. & Petronis, K. R. (1995). Early onset drug use and risk of later drug problems. *Drug and Alcohol Dependence*, 40, 9-15. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/14455489_Early-onset_drug_use_and_risk_of_later_drug_problems

Arias, F.; Madoz, A. & Ochoa, E. (2011). Neurobiología de las adicciones. En E. Becoña Iglesias & M. Cortés Tomás (Eds.). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* (pp. 34-40). Barcelona: SOCIDROGALCOHOL. Recuperado de: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf>

- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*. Quito: EdiSEAPsl.
- Balluerka, N. & Vergara, A.I. (2002). *Diseños de investigación experimental en psicología*. México D.F.: Pearson Educación.
- Beck, A., Wright, F. & Newman, C. (1999). *Terapia cognitiva de las drogodependencias*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Beck, A., Freeman, A. & Davis, D. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica S.A.
- Becoña, E. (1999). *Bases teóricas que sustentan los programas de prevención de drogas*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/bases.pdf>
- Becoña, E. & Lorenzo, M.C. (2001). Tratamientos psicológicos efectivos para el trastorno bipolar. *Psicothema*, 13, 511-522. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/472.pdf>
- Becoña, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Becoña, E. & Cortés, M. (Eds.). (2011). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*. Barcelona: SOCIDROGALCOHOL. Recuperado de: www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ManualAdiccionesPires.pdf
- Becoña, E. & Calafat, A. (2006). *Los jóvenes y el alcohol*. Madrid: Pirámide.
- Belloch Fuster, A. (2010). Nuevos planteamientos: dimensiones del trastorno de la personalidad. En A. Belloch Fuster & H. Fernández-Álvarez *Tratado de trastornos de la personalidad*. (pp. 157-196). Madrid: Editorial Síntesis.

- Belloch Fuster, A. & Fernández-Álvarez, H. (2010). *Tratado de trastornos de la personalidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Berrocal, C., Ortiz, M., Fierro, A. & Jiménez, J.A. (2001). Variables clínicas y de personalidad en adictos a heroína. *Anuario de Psicología*, 32, 67-87. Recuperado de: www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/Farticle/download/2F61566/2F96248&ei=eEd6VMKtOlacNqyjg9gD&usg=AFQjCNGCSuPcmHeeUwfiC6pxrwBAAN1-JQ&sig2=NVOMPYgaUVnYlaTObVCOWA&bvm=bv.80642063,d.eXY
- Bierut, L.J., Dinwiddie, S., Begleiter, H., Crowe, R., Hesselbrock, V., Nurnberger, J., Porjesz, B., Schuckit, M. & Reich, T. (1998). Familial transmission of substance dependence: alcohol, marijuana, cocaine and habitual smoking. *Arch Gen Psychiatry*, 55, 982-988. Recuperado de: <http://www.downstate.edu/hbni/pdf/1998-Bierut-Linkage%20of%20an%20alcoholism-related%20severity%20phenotype%20to%20chromosome%2016.pdf>
- Bobes, J. et al. (2007). *Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas y Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental.
- Brody, N. & Ehrlichman, H. (2000). *Psicología de la personalidad*. Madrid: Prentice Hall.
- Brook, J., Whiteman, M., Finch, S. & Cohen, P. (1995). Aggression, intrapsychic stress and drug use. Antecedent and intervening processes. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1076-1084. Recuperado de: [http://www.jaacap.com/article/S0890-8567\(09\)63352-9/abstract](http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)63352-9/abstract)
- Brooner, R.K., Herbst, J.H., Schmidt, C.W., Bigelow, G.E., & Costa, P.T. (1993). Antisocial personality disorder among drug abusers. Relations to other personality diagnosis and the Five-Factor Model of Personality. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 313-319. Recuperado de: http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/1993/05000/Antisocial_Personality_Disorder_among_Drug.7.aspx

- Brooner, R.K., Schmidt, C.W. Jr. & Herbst, J.H. (2002). Personality trait characteristics of opioid abusers with and without comorbid personality disorders. En P.T. Costa Jr. & A. Widiger (Eds.): *Personality disorders and the Five-Factor model of personality (2a Ed.)*. Washington: American Psychological Association.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C. & Borgogni, L. (1995). *BFQ. Cuestionario "Big Five"*. Madrid: TEA Ediciones. Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Caudevilla Gállico, F. (2009). *Drogas: conceptos generales, epidemiología y valoración del consumo*. Madrid: Grupo de intervención en drogas semFYC.
Recuperado de:
<http://www.comsegovia.com/pdf/cursos/tallerdrogas/Curso%20Drogodependencias/Drogas,%20conceptos%20generales,%20epidemiologia%20y%20valoracion%20del%20consumo.pdf>
- Cervone, D. (2009). *Personalidad: teoría e investigación*. México: Editorial Manual Moderno.
- Chaloupka, F.J., Cummings, K. M., Morley, C. M. y Horan, J. K. (2002). Tax, price and cigarette smoking: Evidence from the tobacco documents and implications for tobacco company marketing strategies. *Tobacco Control*, 11 (Supl. 1), 62-73.
Recuperado de:
<http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1766067&blobtype=pdf>
- Cloninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad*. México: Pearson Educación.
- Costa, P. & McCrae, R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI)*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Cuadras, C.M. (2014). *Nuevos métodos de análisis multivariante*. Barcelona: CMC Editions.
Recuperado de:
www.ub.edu/stat/personal/cuadras/metodos.pdf

- Dimeff, L. & Linehan, M. (2001). Dialectical Behavior Therapy in a Nutshell. *The California Psychologist*, 34, 10-13. Recuperado de: <http://www.dbtselfhelp.com/dbtinanutshell.pdf>
- Dolcet i Serra, J. (2006). *Carácter y temperamento: similitudes y diferencias entre los modelos de personalidad de 7 y 5 factores*. Universidad de Lérida, Lérida, España. Recuperado de: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8295/Tjds1de1.pdf;jsessionid=DEC8A318430089165457C936A8AB6F48.tdx1?sequence=1>
- Dubey, C., Arora, M., Gupta, S. & Kumar, B. (2010). Five factor correlates: a comparison of substance abusers and non-substance abusers. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 36 (1), 107-114. Recuperado de: <http://medind.nic.in/jak/t10/i1/jakt10i1p107.pdf>
- Félix-Ortiz, M. & Newcomb, M. D. (1999). Vulnerability for drug use among latino adolescents. *Journal of Community Psychology*, 27, 257-280. Recuperado de: [http://www.readcube.com/articles/10.1002%2F\(SICI\)1520-6629\(199905\)27%3A3%3C257%3A%3AAID-JCOP2%3E3.0.CO%3B2-0?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1](http://www.readcube.com/articles/10.1002%2F(SICI)1520-6629(199905)27%3A3%3C257%3A%3AAID-JCOP2%3E3.0.CO%3B2-0?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1)
- Fenichel, O. (1934). Psychoanalysis as the nucleus of a future dialectical-materialistic psychology. *American Imago*, Vol. 24, 290-311. Recuperado de: <http://www.scribd.com/doc/123341221/Psychoanalysis-as-the-Nucleus-of-a-Future-Dialectical-materialistic-Psychology-by-Otto-Fenichel#scribd>
- Fernández-Álvarez, H. (2010). Principios generales para la intervención en los trastornos de personalidad. En A. Belloch Fuster & H. Fernández-Álvarez *Tratado de trastornos de la personalidad*. (p. 295-306). Madrid: Editorial Síntesis.
- Fernández-Álvarez, H. (2010). Los modelos y dispositivos de la psicoterapia. En A. Belloch Fuster & H. Fernández-Álvarez. *Tratado de trastornos de la personalidad*. (p. 307-336). Madrid: Editorial Síntesis.

- Fernández-Álvarez, H. (2010). Modelo integrativo de psicoterapia para los trastornos de la personalidad. En A. Belloch Fuster & H. Fernández-Álvarez. *Tratado de trastornos de la personalidad*. (p. 337-354). Madrid: Editorial Síntesis.
- Fernández, P., Ladero, J.M., Leza Cerro, J.C. & Lizasoain, I. (2009). *Drogodependencias: farmacología, patología, psicología, legislación*. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Flory, K., Lynam, D., Milich, R., Leukefeld, C., & Clayton, R. (2002). The relationship among personality, symptoms of alcohol and marijuana abuse, and symptoms of comorbid psychopathology: Results from a community sample. *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 10, 425-434. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12498340>
- Freixa, F. (1993). *El fenómeno droga*. Barcelona: Salvat.
- Freud, S. (1933). New introductory lectures on psycho-analysis, en *Standard edition*, 21.
- Friedman, A. S. & Glassman, K. (2000). Family risk factors versus peer risk factors for drug abuse. A longitudinal study of an African American urban community sample. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18, 267-275. Recuperado de: [http://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472\(99\)00072-0/fulltext](http://www.journalofsubstanceabusetreatment.com/article/S0740-5472(99)00072-0/fulltext)
- García del Castillo, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Health and Addictions*, 12, (2), 133-151. Recuperado de: <http://www.haaj.org/index.php?journal=haaj&page=article&op=view&path%5B%5D=2&path%5B%5D=184>
- Ghodse, H. (1991). *Drugs and addictive behaviour: A guide to treatment*. Oxford: Blackwell Scientific Publications.

- Gilvery, E. (2000). Substance abuse in young people. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41, 55-80. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10763676>
- Goodwin, D.W. (1979). Alcoholism and heredity. A review and hypothesis, *Archives of General Psychiatry*, 36, 57-61. Recuperado de: <http://archpsyc.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=492037>
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F. & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 112, 64-105. Recuperado de: <http://cre8tiveyouthink.files.wordpress.com/2011/12/social-developmental-prevention-and-yd.pdf>
- Heim, A. & Westen, D. (2007). Teorías de la personalidad y trastornos de la personalidad. En J.M. Oldham, D.S. Bender & A.E. Skodol (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (p. 17). España: Elsevier.
- Jackson, C.P., & Matthews, G. (1988). The prediction of habitual alcohol use from alcohol related expectancies and personality. *Alcohol and Alcoholism*, 23, 58-63. Recuperado de: <http://alcalc.oxfordjournals.org/content/alcalc/23/4/305.full.pdf>
- Jessor, R., Donovan, J. E. & Costa, F. M. (1991). *Beyond adolescence: Problem behavior and young adult development*. Cambridge: Cambridge University Press. Recuperado de: http://books.google.com.ec/books?id=tQpwRrWKbYQC&pg=PA314&lpg=PA314&dq=Beyond+adolescence:+Problem+behavior+and+young+adult+development.&source=bl&ots=07pQN9VBvq&sig=NUoto_sukE7uQCO2qthu_LbOkU&hl=es-419&sa=X&ei=HUB6VMnLHoWdgs334KgAQ&redir_esc=y#v=onepage&q=Beyond%20adolescence%3A%20Problem%20behavior%20and%20young%20adult%20development.&f=false
- Kandel, D. & Yamaguchi, K. (1993). From beer to crack: Developmental patterns of drug involvement. *American Journal of Public Health*, 83, 851-855. Recuperado de: http://www.researchgate.net/publication/14699939_From_beer_to_crack_developmental_patterns_of_drug_involvement

- Kidorf, M., Disney, E.R., King, V.L., Neufeld, K., Beilenson, P.L., & Brooner, R.K. (2004). Prevalence of psychiatric and substance use disorders in opioid abusers in a community syringe exchange program. *Drug and Alcohol Dependence*, 74, 115-122. Recuperado de: <http://www.pubfacts.com/detail/15099655/Prevalence-of-psychiatric-and-substance-use-disorders-in-opioid-abusers-in-a-community-syringe-excha>
- Kumpfer, K. L., Szapocznik, J., Catalano, R., Clayton, R. R., Liddle, H. A., McMahon, R., Millman, J., Orrego, M. E. V., Rinehart, N., Smith, I., Spoth, R. & Steele, M. (1998). *Preventing substance abuse among children and adolescents: Family-centered approaches*. Rockville, MD: Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Substance Abuse Prevention. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK52546/?report=reader>
- Kupfer, D.J., First, M.B. & Regier, D.A. (2008). *Agenda de investigación para el DSM-V*. Barcelona: Elsevier-Masson. Recuperado de: <http://books.google.es/books?id=J8TPIdIUldoC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Laporte, J. (1976). *Les drogues*. Barcelona: Ediciones 62.
- Lewin, L. (1970). *Phantastica*. París: Payot.
- Lynskey, M. & Fergusson, D. (1995). Childhood conduct problems, attention deficit behaviours, and adolescent alcohol, tobacco, and illicit drug use. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 39, 995-1005. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01447558.pdf>
- Martin, D.W. (2008). *Psicología experimental: cómo hacer experimentos en psicología*. México D.F.: Cengage Learning Editores, S.A.
- Martínez-González, J.M., Trujillo, H. & Robles, L. (2006). *Factores de riesgo, protección y representaciones sociales sobre el consumo de drogas: implicaciones para la prevención*. Sevilla: Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, Junta de Andalucía. Recuperado de: http://www.dipgra.es/documentos/representaciones_sociales.pdf

- Merikangas, K.R. (1990). The genetic epidemiology of alcoholism, *Psychological Medicine*, 20: 11- 22, 1990. En U.S. Congress, Office of Technology Assessment. (1993). Biological components of substance abuse and addiction. Washington D.C.: U.S. Government Printing Office. Recuperado de: <https://www.princeton.edu/~ota/disk1/1993/9311/931106.PDF>
- Merikangas, K.R. & Avenevoli, S. (2000). Implications of genetic epidemiology for the prevention of substance use disorders. *Addictive Behaviors*, 25, 807-820. Recuperado de : <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460300001295>
- Morales Vallejo, P. (2010). *Planteamientos generales sobre investigación en educación y psicología*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas. Recuperado de: <http://www.paradigmasystems.com/paradigma/manual1.pdf>
- Muñoz-Rivas, M.J., Graña, J.L. (2001). Factores familiares de riesgo y protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13 (1), 87-94. Recuperado de: http://scholar.google.com/scholar_url?hl=es&q=http://www.unioviado.es/r eunido/index.php/PST/article/download/7851/7715&sa=X&scisig=AAGBf m1pOUuePCW8tWVBqTZaU2TvX2FsEg&oi=scholar
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management*. Recuperado de: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG78NICEGuideline.pdf>
- Newcomb, M. D., Maddahian, E. y Bentler, P. M. (1986). Risk factors for drug use among adolescents: Concurrent and longitudinal study. *American Journal of Public Health*, 76, 625-630. Recuperado de: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1646592/pdf/amjph00268-0047.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (1995). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (Décima revisión)*. Washington D.C.: OPS Recuperado de: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume3.pdf>

- Pedrero, E. J. (2002). Evaluación de la personalidad de sujetos drogodependientes que solicitan tratamiento mediante el Big-Five Questionnaire. *Trastornos Adictivos*, 4, 138-150. Recuperado de: <http://zl.elsevier.es/es/revista/trastornos-adictivos-182/evaluacion-personalidad-sujetos-drogodependientes-que-solicitan-tratamiento-13035589-area-psicopatologia-2002>
- Pedrero, E. J. (2003). Los trastornos de la personalidad en drogodependientes desde la perspectiva de los cinco grandes factores. *Adicciones*, 15, 203-220. Recuperado de: <http://www.adicciones.es/files/03.%20Original.pdf>
- Pedrero, E. J. (2007). El modelo de cinco factores y la estructura dimensional de los trastornos de la personalidad: estudio de una muestra de adictos a sustancias con el BFQ y el MCMI-II. *Trastornos Adictivos*, 9, 116-125. Recuperado de: <http://zl.elsevier.es/es/revista/trastornos-adictivos-182/el-modelo-cinco-factores-estructura-dimensional-los-13107769-originales-2007>
- Pedrero, E. J. (2009). TCI-R-67: versión abreviada del TCI-R de Cloninger. Proceso de creación y administración a una muestra de adictos a sustancias en tratamiento. *Trastornos Adictivos*, 11 (01), pp. 12-23. Recuperado de: <http://zl.elsevier.es/es/revista/trastornos-adictivos-182/tci-r-67-version-abreviada-tci-r-cloninger-proceso-creacion-13137796-originales-2009>
- Pedrero, E. J. & Rojo, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20 (3), pp. 251-262.
- Pelechano, V. (1996). *Psicología de la personalidad: teorías*. Barcelona: Ariel.
- Pérez de los Cobos Perís, J. et al. (2006). *Tratado SET de trastornos adictivos*. Madrid: Colegio Iberoamericano de Trastornos Adictivos, Sociedad Española de Toxicomanías y Editorial Médica Panamericana, S.A.
- Pfiffner, L., McBurnett, K. y Rathouz, P. (2001). Father absence and familial antisocial characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29, 357-367. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1010421301435>

- Plan Nacional sobre Drogas (2002). *Observatorio español sobre drogas. Informe No. 5*. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas. Recuperado de: <http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/publica/pdf/memo2002.pdf>
- Pons Diez, X. (2008). Modelos interpretativos del consumo de drogas. *POLIS 2008, vol. 4*(núm. 2), 157-186. Recuperado de: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/20082/art/art6.pdf>
- Rankin, H., Stockwell, T., & Hodgson, R. (1982). Personality and alcohol dependence. *Personality and Individual Differences, 3*, 145- 151.
- Roca Benassar, M. & Baca Baldomero, E. (2010). Personalidad y trastorno de la personalidad: historia y evolución de los conceptos. En M. Roca Bennasar. *Trastornos de personalidad* (p. 12). Barcelona: Sociedad Española de Psiquiatría y Sociedad Española de Psiquiatría Biológica, Grupo Ars XXI de Comunicación, S.L. y LEXUS Editores.
- Ros, S., Peris, M. D., Gracia, R. (2003). *Impulsividad*. Barcelona: Ars Médica.
- Sánchez Carbonell, X. (2009). Conductas adictivas. En A. Jarne & A. Talarn. *Manual de psicopatología clínica* (pp. 597-629). Barcelona: Fundació Vidal i Baraquet y Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.-M., Gemeinhardt, B. y Küstner, U. (2007). Insecure family bases and adolescent drug abuse: A new approach to family patterns of attachment. *Attachment & Human Development, 9*, 111-126. Recuperado de: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14616730701349689#.VHoa2ovbl0s>
- Shaffer, D. R. (2000). *Social and personality development*. Belmont: Wadsworth.
- Shaughnessy, J.M., Zechmeister, E.B. & Zechmeister, J. S. (2007). *Métodos de investigación en psicología*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.

- Simons-Morton, B. (2007). Social influences on adolescent substance use. *Am J Health Behav.*, 31, (6) 672-684. Recuperado de: <https://aahb.us/PDFs/PDFs%20RL%20Papers/07%20RL%20Paper.pdf>
- Stacey, A. W. & Newcomb, M. D. (1995). Long-term social-psychological influences on deviant attitudes and criminal behaviour. En H. Kaplan (Ed.). *Drugs, crime, and other deviant adaptations: Longitudinal studies* (pp. 99-127). Nueva York: Plenum Press.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2006). *Dialectical behavior therapy*. Recuperado de: <http://www.nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=36>
- Swadi, H. (1989). *Substance use in a population of London adolescents*. M. Phil. Thesis, University of London. Recuperado de: <http://pb.rcpsych.org/content/14/8/457.full.pdf>
- United Nations Office on Drug and Crime. (2013). *World Drug Report*. New York: United Nations.
- Van Dalen, D.B. & Meyer, W.J. (1971). *Manual de técnica de la investigación educacional*. Buenos Aires: Paidós y Centro Educacional de Ayuda Técnica.
- Verheul, R., van den Bosch, L. & Ball, S. (2007). Abuso de sustancias. En J.M. Oldham, D.S. Bender & A.E. Skodol (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (p. 17). España: Elsevier.
- van Emmerick-van Oortmerssen, K., van de Glind, G., van den Brink, W., Smit, F., Crunelle, C., Swets, M. & Schoevers, R. (2011). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in substance use disorder patients: a meta-analysis and meta-regression analysis. *Drug Alcohol Depend.* doi:10.1016/j.drugalcdep.2011.12.007 Recuperado de: http://maximind.ca/wp-content/themes/twentytwelve/letters/ADHD_and_Addiction.pdf

ANEXOS

Anexo 1

Cuestionario "Big Five", (Caprara et al., 1995)

N° 234

BFQ

CUESTIONARIO "BIG FIVE"

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases sobre formas de pensar, sentir o actuar, para que las vaya leyendo atentamente y marque la respuesta que describa mejor cuál es su forma habitual de pensar, sentir o actuar.

Para contestar utilice la Hoja de respuestas y señale el espacio de uno de los números (5 a 1) que encontrará al lado del número que tiene la frase que está contestando. Las alternativas de respuesta son:

- 5 completamente VERDADERO para mí
- 4 bastante VERDADERO para mí
- 3 ni VERDADERO ni FALSO para mí
- 2 bastante FALSO para mí
- 1 completamente FALSO para mí

Vea cómo se han contestado aquí dos frases:

E1. Me gusta pasear por el parque de la ciudad.

E2. La familia es el móvil de todos mis actos.

REPRESENTACIÓN DE LA HOJA DE RESPUESTAS					
	5	4	3	2	1
E1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
E2.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No existen respuestas correctas o incorrectas, buenas o malas; la persona que contestó a las dos frases anteriores consideró que la frase E1 es "bastante falsa" para ella (señaló debajo del número 2) y que la frase E2 es "completamente verdadera" para ella (señaló debajo del 5), porque pone a la familia por delante del dinero y de los amigos.

Procure contestar a todas las frases. Recuerde que debe dar su propia opinión acerca de Vd. Trate de ser SINCERO CONSIGO MISMO y contestar con espontaneidad, sin pensarlo demasiado. Sus respuestas serán tratadas confidencialmente y sólo se utilizarán de modo global, transformadas en puntuaciones.

Al marcar su contestación en la Hoja asegúrese de que el número de la frase que Vd. contesta corresponde con el número colocado al lado del espacio que Vd. marca. Si desea cambiar alguna respuesta borre o anule la señal hecha y marque el otro espacio. No haga ninguna señal en este Cuadernillo.

ESPERE A QUE SE DÉ LA SEÑAL PARA COMENZAR

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

- | | |
|---|---------------------------------|
| 5 | completamente VERDADERO para mí |
| 4 | bastante VERDADERO para mí |
| 3 | ni VERDADERO ni FALSO para mí |
| 2 | bastante FALSO para mí |
| 1 | completamente FALSO para mí |

1. Creo que soy una persona activa y vigorosa.
2. No me gusta hacer las cosas razonando demasiado sobre ellas.
3. Tiendo a implicarme demasiado cuando alguien me cuenta sus problemas.
4. No me preocupan especialmente las consecuencias que mis actos puedan tener sobre los demás.
5. Estoy siempre informado sobre lo que sucede en el mundo.
6. Nunca he dicho una mentira.
7. No me gustan las actividades que exigen empeñarse y esforzarse hasta el agotamiento.
8. Tiendo a ser muy reflexivo.
9. No suelo sentirme tenso.
10. No noto fácilmente cuándo las personas necesitan mi ayuda.
11. No recuerdo fácilmente los números de teléfono que son largos.
12. Siempre he estado completamente de acuerdo con los demás.
13. Generalmente tiendo a imponerme a las otras personas, más que a condescender con ellas.
14. Ante los obstáculos grandes, no conviene empeñarse en conseguir los objetivos propios.
15. Soy más bien susceptible.
16. No es necesario comportarse cordialmente con todas las personas.
17. No me siento muy atraído por las situaciones nuevas e inesperadas.
18. Siempre he resuelto de inmediato todos los problemas que he encontrado.

19. No me gustan los ambientes de trabajo en los que hay mucha competitividad.
20. Llevo a cabo las decisiones que he tomado.
21. No es fácil que algo o alguien me hagan perder la paciencia.
22. Me gusta mezclarme con la gente.
23. Toda novedad me entusiasma.
24. Nunca me he asustado ante un peligro aunque fuera grave.
25. Tiendo a decidir rápidamente.
26. Antes de tomar cualquier iniciativa, me tomo tiempo para valorar las posibles consecuencias.
27. No creo ser una persona ansiosa.
28. No suelo saber cómo actuar ante las desgracias de mis amigos.
29. Tengo muy buena memoria.
30. Siempre he estado absolutamente seguro de todas mis acciones.
31. En mi trabajo no le concedo especial importancia a rendir mejor que los demás.
32. No me gusta vivir de manera demasiado metódica y ordenada.
33. Me siento vulnerable a las críticas de los demás.
34. Si es preciso, no tengo inconveniente en ayudar a un desconocido.
35. No me atraen las situaciones en constante cambio.
36. Nunca he desobedecido las órdenes recibidas, ni siquiera siendo niño.
37. No me gustan aquellas actividades en las que es preciso ir de un sitio a otro y moverse continuamente.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

- 5 completamente VERDADERO para mí
 4 bastante VERDADERO para mí
 3 ni VERDADERO ni FALSO para mí
 2 bastante FALSO para mí
 1 completamente FALSO para mí

38. No creo que sea preciso esforzarse más allá del límite de las propias fuerzas, incluso aunque haya que cumplir algún plazo.
39. Estoy dispuesto a esforzarme al máximo con tal de destacar.
40. Si tengo que criticar a los demás, lo hago, sobre todo cuando se lo merecen.
41. Creo que no hay valores y costumbres totalmente válidos y eternos.
42. Para enfrentarse a un problema no es efectivo tener presentes muchos puntos de vista diferentes.
43. En general no me irrita, ni siquiera en situaciones en las que tendría motivos suficientes para ello.
44. Si me equivoco, siempre me resulta fácil admitirlo.
45. Cuando me enfado manifiesto mi malhumor.
46. Llevo a cabo lo que he decidido, aunque me suponga un esfuerzo no previsto.
47. No pierdo tiempo en aprender cosas que no estén estrictamente relacionadas con mi campo de intereses.
48. Casi siempre sé cómo ajustarme a las exigencias de los demás.
49. Llevo adelante las tareas emprendidas, aunque los resultados iniciales parezcan negativos.
50. No suelo sentirme sólo y triste.
51. No me gusta hacer varias cosas al mismo tiempo.
52. Habitualmente muestro una actitud cordial, incluso con las personas que me provocan una cierta antipatía.

53. A menudo estoy completamente absorbido por mis compromisos y actividades.
54. Cuando algo entorpece mis proyectos, no insisto en conseguirlos e intento otros.
55. No me interesan los programas televisivos que me exigen esfuerzo e implicación.
56. Soy una persona que siempre busca nuevas experiencias.
57. Me molesta mucho el desorden.
58. No suelo reaccionar de modo impulsivo.
59. Siempre encuentro buenos argumentos para sostener mis propuestas y convencer a los demás de su validez.
60. Me gusta estar bien informado, incluso sobre temas alejados de mi ámbito de competencia.
61. No doy mucha importancia a demostrar mis capacidades.
62. Mi humor pasa por altibajos frecuentes.
63. A veces me enfado por cosas de poca importancia.
64. No hago fácilmente un préstamo, ni siquiera a personas que conozco bien.
65. No me gusta estar en grupos numerosos.
66. No suelo planificar mi vida hasta en los más pequeños detalles.
67. Nunca me han interesado la vida y costumbres de otros pueblos.
68. No dudo en decir lo que pienso.
69. A menudo me noto inquieto.
70. En general no es conveniente mostrarse sensible a los problemas de los demás.
71. En las reuniones no me preocupo especialmente por llamar la atención.

NO SE DETENGA, CONTÍNE EN LA PÁGINA SIGUIENTE

- 5 completamente VERDADERO para mí
 4 bastante VERDADERO para mí
 3 ni VERDADERO ni FALSO para mí
 2 bastante FALSO para mí
 1 completamente FALSO para mí

72. Creo que todo problema puede ser resuelto de varias maneras.
73. Si creo que tengo razón, intento convencer a los demás aunque me cueste tiempo y energía.
74. Normalmente tiendo a no fiarme mucho de mi prójimo.
75. Difícilmente desisto de una actividad que he comenzado.
76. No suelo perder la calma.
77. No dedico mucho tiempo a la lectura.
78. Normalmente no entablo conversación con compañeros ocasionales de viaje.
79. A veces soy tan escrupuloso que puedo resultar pesado.
80. Siempre me he comportado de modo totalmente desinteresado.
81. No tengo dificultad para controlar mis sentimientos.
82. Nunca he sido un perfeccionista.
83. En diversas circunstancias me he comportado impulsivamente.
84. Nunca he discutido o peleado con otra persona.
85. Es inútil empeñarse totalmente en algo, porque la perfección no se alcanza nunca.
86. Tengo en gran consideración el punto de vista de mis compañeros.
87. Siempre me han apasionado las ciencias.
88. Me resulta fácil hacer confidencias a los demás.
89. Normalmente no reacciono de modo exagerado, ni siquiera ante las emociones fuertes.

90. No creo que conocer la historia sirva de mucho.
91. No suelo reaccionar a las provocaciones.
92. Nada de lo que he hecho podría haberlo hecho mejor.
93. Creo que todas las personas tienen algo de bueno.
94. Me resulta fácil hablar con personas que no conozco.
95. No creo que haya posibilidad de convencer a otro cuando no piensa como nosotros.
96. Si fracaso en algo, lo intento de nuevo hasta conseguirlo.
97. Siempre me han fascinado las culturas muy diferentes a la mía.
98. A menudo me siento nervioso.
99. No soy una persona habladora.
100. No merece mucho la pena ajustarse a las exigencias de los compañeros, cuando ello supone una disminución del propio ritmo de trabajo.
101. Siempre he comprendido de inmediato todo lo que he leído.
102. Siempre estoy seguro de mí mismo.
103. No comprendo qué empuja a las personas a comportarse de modo diferente a la norma.
104. Me molesta mucho que me interrumpen mientras estoy haciendo algo que me interesa.
105. Me gusta mucho ver programas de información cultural o científica.
106. Antes de entregar un trabajo, dedico mucho tiempo a revisarlo.

NO SE DETENGA, CONTINÚE EN LA PÁGINA SIGUIENTE 12 011

- 5 completamente VERDADERO para mí
 4 bastante VERDADERO para mí
 3 ni VERDADERO ni FALSO para mí
 2 bastante FALSO para mí
 1 completamente FALSO para mí

107. Si algo no se desarrolla tan pronto como deseaba, no insisto demasiado.
108. Si es preciso, no dudo en decir a los demás que se metan en sus asuntos.
109. Si alguna acción mía puede llegar a desagradar a alguien, seguramente dejo de hacerla.
110. Cuando un trabajo está terminado, no me pongo a repasarlo en sus mínimos detalles.
111. Estoy convencido de que se obtienen mejores resultados cooperando con los demás, que cumpliendo.
112. Prefiero leer a practicar alguna actividad deportiva.
113. Nunca he criticado a otra persona.
114. Afronto todas mis actividades y experiencias con gran entusiasmo.
115. Sólo quedo satisfecho cuando veo los resultados de lo que había programado.
116. Cuando me critican, no puedo evitar exigir explicaciones.
117. No se obtiene nada en la vida sin ser competitivo.
118. Siempre intento ver las cosas desde distintos enfoques.
119. Incluso en situaciones muy difíciles, no pierdo el control.
120. A veces incluso pequeñas dificultades pueden llegar a preocuparme.
121. Generalmente no me comporto de manera abierta con los extraños.
122. No suelo cambiar de humor bruscamente.
123. No me gustan las actividades que implican riesgo.

124. Nunca he tenido mucho interés por los temas científicos o filosóficos.
125. Cuando empleo a hacer algo, nunca sé si lo terminaré.
126. Generalmente confío en los demás y en sus intenciones.
127. Siempre he mostrado simpatía por todas las personas que he conocido.
128. Con ciertas personas no es necesario ser demasiado tolerante.
129. Suelo culpar todas las cosas hasta en sus mínimos detalles.
130. No es trabajando en grupo como se pueden desarrollar mejor las propias capacidades.
131. No suelo buscar soluciones nuevas a problemas para los que ya existe una solución eficaz.
132. No creo que sea útil perder tiempo repasando varias veces el trabajo hecho.

**COMPRUEBE SI HA DADO
 UNA RESPUESTA A TODAS LAS FRASES**

Anexo 2

Hoja de perfil del Cuestionario "Big Five" (Caprara et al., 1995)

N° 234

BFQ

HOJA DE PERFIL

Apellidos y nombre _____ Sexo _____ Edad _____
 Centro _____ Estudios _____ Profesión _____

			MUY BAJO	BAJO	PROMEDIO	ALTO	MUY ALTO
Dim.	PD	T	30	40	50	60	70
E		○.....○.....○.....○.....○.....
A		○.....○.....○.....○.....○.....
T		○.....○.....○.....○.....○.....
EE		○.....○.....○.....○.....○.....
AM		○.....○.....○.....○.....○.....
D		○.....○.....○.....○.....○.....
Di		○.....○.....○.....○.....○.....
Do		○.....○.....○.....○.....○.....
Cp		○.....○.....○.....○.....○.....
Co		○.....○.....○.....○.....○.....
Es		○.....○.....○.....○.....○.....
Pe		○.....○.....○.....○.....○.....
Ce		○.....○.....○.....○.....○.....
Ci		○.....○.....○.....○.....○.....
Ac		○.....○.....○.....○.....○.....
Ae		○.....○.....○.....○.....○.....
			30	40	50	60	70

DIMENSIONES E=Energía T=Iesón A=Afabilidad EE= Estabilidad Emocional AM=Apertura Mental	ESCALA D=Distorsión	SUBDIMENSIONES Di=Dinamismo Cp=Cooperación Es=Escrupulosidad Ce=Control de emociones Ac=Apertura a la cultura Do=Dominancia Co=Cordialidad Pe=Perseverancia Ci=Control de impulsos Ae=Apertura a la experiencia
--	---------------------	---



Copyright © 1993 by O.S. Organizzazioni Speciali, Firenze, Italia.
 Copyright © 1995 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.

Edita: TEA Ediciones, S.A.: Fray Bernardino de Sahagún, 24; 28036 Madrid - *Este ejemplar está impreso en tintas morada y negra. Si le presentan un ejemplar únicamente en tinta negra es una reproducción ilegal. En beneficio de la profesión y en el suyo propio, NO LA UTILICE* - Printed in Spain. Impreso en España por Imp. Casillas: Agustín Calvo, 47; 28043 Madrid. Depósito legal: M - 18.485 - 1995.

Anexo 3

Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI)

2.2. Instrumento

ÍNDICE EUROPEO DE GRAVEDAD DE LA ADICCIÓN (EuropASI)

INSTRUCCIONES

- Cumplimentar totalmente.
Cuando sea preciso utilizar:
X = pregunta no contestada
N = pregunta no aplicable
Use un solo carácter por ítem
- Las preguntas rodeadas por un círculo van dirigidas al estudio de seguimiento. Las preguntas con asterisco son acumulativas, y deberían ser reformuladas para el seguimiento
- Existe espacio al final de cada sección para realizar comentarios adicionales.

ESCALAS DE GRAVEDAD

Las escalas de gravedad miden estimaciones de necesidades de tratamiento en cada área. El rango de la escala oscila desde 0 (no necesita ningún tratamiento) hasta 9 (tratamiento necesario en situación de riesgo vital). Cada escala está basada en historia de síntomas problema, estado actual y valoración subjetiva de sus necesidades de tratamiento en cada área. Para una mejor calificación de la gravedad, consultar el manual.

ESCALA DE LA AUTOEVALUACIÓN DEL PACIENTE

- Ninguna
- Leve
- Moderado
- Considerable
- Extrema

(A) N.º de identific.: □□□□□□□□

B. TIPO DE TRATAMIENTO: □

- Desintoxicación ambulatoria
- Desintoxicación residencial
- Tratamiento sustitutivo ambulatorio
- Tratamiento libre de drogas ambulatorio
- Tratamiento libre de drogas residencial
- Centro de día
- Hospital psiquiátrico/
Servicio de psiquiatría
- Otro hospital/servicio
- Otro:
- Sin tratamiento

C. FECHA DE ADMISIÓN: □□□□□□

(D) FECHA DE LA ENTREVISTA: □□□□□□

*E. Hora de inicio: □□ □□

*F. Hora de finalización: □□ □□

(G) TIPO: □

- Ingreso
- Seguimiento

(H) CÓDIGO DE CONTACTO: □

- Personal
- Telefónico

I. SEXO: □

- Varón
- Mujer

(J) CÓDIGO DEL ENTREVISTADOR: □□□□

(K) ESPECIAL: □

- Paciente finalizó la entrevista
- Paciente rehusó
- Paciente incapaz de responder

^a Ítems opcionales.

INFORMACIÓN GENERAL

1. LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL:
 1. Ciudad grande (> 100.000)
 2. Mediana (10-100.000)
 3. Pequeña (rural) (< 10.000)

2. CIUDAD/ CÓDIGO POSTAL:

^a3. Desde cuándo vive usted en esa dirección
 años meses

^a4. Ese lugar de residencia, ¿es propiedad de usted o de su familia?
 0 = No 1 = Sí

5. EDAD

6. NACIONALIDAD

7. PAÍS DE NACIMIENTO DEL:

- A. Entrevistado
 B. Padre
 C. Madre

⑧. ¿Ha estado ingresado en el último mes en un centro de este tipo?

1. No
 2. Cárcel
 3. Tratamiento de alcohol o drogas
 4. Tratamiento médico
 5. Tratamiento psiquiátrico
 6. Únicamente desintoxicación
 7. Otro:

⑨. ¿Cuántos días?

RESULTADOS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN ADICIONALES

.....

PERFIL DE GRAVEDAD

9									
8									
7									
6									
5									
4									
3									
2									
1									
0									
PROBLEMAS									
SALUD FÍSICA									
EMPLEO/RECURSOS									
ALCOHOL									
DROGAS									
SITUACIÓN LEGAL									
FAMILIA/SOCIAL									
SALUD MENTAL									

SALUD FÍSICA

1. ¿Cuántas veces en su vida ha estado hospitalizado por problemas de salud física? (incluir sobredosis, *delirium tremens*, excluir desintoxicaciones)

2. ¿Hace cuánto tiempo estuvo hospitalizado por última vez por problemas de salud física?

años meses

3. ¿Padece algún problema de salud física crónico que continúa interfiriendo en su vida?

0. No
 1. Sí

④. ¿Alguna vez ha estado infectado de hepatitis?

0. No
 1. Sí
 2. No lo sé
 3. Rehúsa contestar

^a Ítems opcionales.

5. ¿Alguna vez se ha realizado las pruebas del VIH?
0. No
1. Sí
2. No lo sé
3. Rehúsa contestar
6. En caso afirmativo, ¿hace cuántos meses?
7. ¿Cuál fue el último resultado del test?
0. VIH-negativo
1. VIH-positivo
2. No lo sé
3. Rehúsa contestar
8. ¿Está tomando alguna medicación prescrita de forma regular para un problema de salud física?
0. No 1. Sí
9. ¿Recibe alguna pensión por invalidez física? (excluir invalidez psiquiátrica)
0. No 1. Sí
10. ¿Ha sido tratado por un médico por problemas de salud física en los últimos 6 meses?
0. No 1. Sí
11. ¿Cuántos días ha tenido problemas de salud física en el último mes?

PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

12. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas médicos en el último mes?
13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento de estos problemas médicos?

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

14. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento médico?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

15. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0. No 1. Sí
16. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0. No 1. Sí

Comentarios

EMPLEO/RECURSOS

1. Años de educación básica:
2. Años de educación superior (Universidad/Técnicos):
3. Título académico superior obtenido:
4. ¿Tiene carnet de conducir en vigor?
0. No 1. Sí
5. ¿Cuánto duró el período más largo de empleo regular? (ver el manual para definición)
- años meses
6. ¿Cuánto duró el período más largo de desempleo? años meses
- años meses
7. Profesión habitual (o última):
- (especificar detalladamente)
8. Patrón de empleo usual en los últimos 3 años:
1. Tiempo completo
2. Tiempo parcial (horario regular)
3. Tiempo parcial (horario irregular, temporal)
4. Estudiante
5. Servicio militar
6. Retirado/invalidez
7. Desempleado (incluir ama de casa)
8. En ambiente protegido

EuropaASI - Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo

9. ¿Cuántos días trabajó durante el último mes? (excluir tráfico, prostitución u otras actividades ilegales)

¿Recibió dinero para su mantenimiento de alguna de las siguientes fuentes durante el último mes?

10. ¿Empleo?
0.No 1. Sí

11. ¿Paro?
0.No 1. Sí

12. ¿Ayuda social?
0.No 1. Sí

13. ¿Pensión o seguridad social?
0.No 1. Sí

14. Cónyuge, familia o amigos?
0.No 1. Sí

15. ¿Ilegal?
0.No 1. Sí

16. ¿Prostitución?
0.No 1. Sí

17. ¿Otras fuentes?
0.No 1. Sí

18. ¿Cuál es la principal fuente de ingresos que tiene? (utilice los códigos 10-17)

19. ¿Tiene deudas?
0.No
1. Sí:..... (cantidad)

20. ¿Cuántas personas dependen de usted para la mayoría de su alimento, alojamiento, etc.?

21. ¿Cuántos días ha tenido problemas de empleo/desempleo en el último mes?

PARA LAS PREGUNTAS 22 Y 23, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

22. ¿Cuánto le han molestado o preocupado estos problemas de empleo en el último mes?

23. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para estos problemas de empleo?

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento para empleo?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

25. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0.No 1. Sí

26. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0.No 1. Sí

Comentarios

USO DE DROGAS/ALCOHOL

	Edad de inicio	A lo largo de la vida	Último mes	Via admon.*
1. Alcohol: cualquier dosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Alcohol: por encima del umbral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Metadona/LAAM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Otros opiáceos/analgésicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Benzodiazepinas/barbitúricos/ otros sedantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anfetaminas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Alucinógenos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Inhalantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Más de 1 sustancia (ítems 2 a 12)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota: consulte el manual para los ejemplos representativos de cada clase de drogas.
*Via de administración: 1 = oral;
2 = nasal; 3 = fumada; 4 = inyección no IV;
5 = inyección IV.

14. ¿Alguna vez se ha inyectado?
0. No 1. Sí

14A. Edad en que se inyectó por primera vez (años). Se inyectó:
- A lo largo de la vida (años)
- En los últimos 6 meses (meses)
- En el último mes (días)

14B. Si se inyectó en los últimos 6 meses:
1. No compartió jeringuilla
2. Algunas veces compartió jeringuilla con otros
3. A menudo compartió jeringuilla

15. ¿Cuántas veces ha tenido: delirium tremens?
sobredosis por drogas?

16. Tipo de tratamientos y número de veces que ha recibido tratamiento

	Alcohol	Drogas
1. Desintoxicación ambulatoria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Desintoxicación residencial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Tratamiento sustitutivo ambulatorio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Tratamiento libre de drogas ambulatorio

5. Tratamiento libre de drogas residencial

6. Centro de día

7. Hospital psiquiátrico

8. Otro hospital/servicio

9. Otro tratamiento

17. ¿Cuántos meses duró el período más largo que estuvo abstinentemente como consecuencia de uno de estos tratamientos?
Alcohol (meses)
Drogas (meses)

18. ¿Qué sustancia es el principal problema?
Por favor, utilice los códigos anteriores o:
00 = no problemas; 15 = alcohol y otras drogas (adición doble); 16 = politoxicómano.
Cuando tenga dudas, pregunte al paciente

19. ¿Cuánto tiempo duró el último período de abstinencia voluntaria de esta sustancia principal, sin que fuese como consecuencia de tratamiento? (meses)
(00 = nunca abstinentemente)

EuropaASI - Área de Psiquiatría. Universidad de Oviedo

20. ¿Hace cuántos meses que terminó esa abstinencia?
(00 = todavía abstinente)
(meses)

21. ¿Cuánto dinero diría usted que ha gastado en el último mes en: alcohol? (euros)
drogas? (euros).....

22. ¿Cuántos días ha estado recibiendo tratamiento ambulatorio para alcohol o drogas en el último mes?
(Incluye grupos de autoayuda del tipo Alcohólicos Anónimos [AA], Narcóticos Anónimos [NA])

23. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado usted problemas relacionados con el alcohol? (días)
problemas con otras drogas? (días)

PARA LAS PREGUNTAS 24 Y 25, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

24. ¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes estos problemas relacionados con el alcohol?
problemas con otras drogas?

25. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para estos problemas relacionados con el alcohol?
con otras drogas?

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

26. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento para: abuso de alcohol?
abuso de otras drogas?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

27. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0.No 1. Sí

28. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0.No 1. Sí

Comentarios

SITUACIÓN LEGAL

1. ¿Esta admisión ha sido promovida o sugerida por el Sistema Judicial? (juez, tutor de libertad condicional, etc.)
0.No 1. Sí

2. ¿Está en libertad condicional?
0.No 1. Sí

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

3.* Posesión y tráfico de drogas?

4.* Delitos contra la propiedad? (robos en domicilios, tiendas, fraudes, extorsión, falsificación de dinero, compra de objetos robados)

5.* Delitos violentos? (atracos, asaltos, incendios, violación, homicidio)

6.* Otros delitos?

7.* ¿Cuántos de esos cargos resultaron en condenas?

¿Cuántas veces en su vida ha sido acusado de:

8.* Alteración del orden, vagabundeo, intoxicación pública?

9.* Prostitución?

10.* Conducir intoxicado?

11.* Delitos de tráfico?
(velocidad, conducir sin carnet, conducción peligrosa, etc.)

12. ¿Cuántos meses en su vida ha estado en la cárcel? (meses)

13. ¿Cuánto tiempo duró su último periodo en la cárcel? (meses)

14. ¿Cuál fue la causa?
(use los códigos 03-06, 08-11. Si ha habido múltiples cargos codifique el más grave)

15. En el momento actual, ¿está pendiente de cargos, juicio o sentencia?
0.No 1. Sí

16. ¿Por qué? (si hay múltiples cargos codifique el más grave)

17. ¿Cuántos días en el último mes ha estado detenido o encarcelado? (días)

18. ¿Cuántos días en el último mes ha realizado actividades ilegales para su beneficio? (días)

PARA LAS PREGUNTAS 19 Y 20, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

19. ¿Cómo de serios piensa que son sus problemas legales actuales? (excluir problemas civiles)

20. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos problemas legales?

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

21. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de servicios legales o asesoramiento?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

22. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0.No 1. Sí

23. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0.No 1. Sí

Comentarios

HISTORIA FAMILIAR

¿Alguno de sus familiares ha tenido lo que usted llamaría un problema importante de alcoholismo, abuso de otras drogas o psiquiátrico, que le llevó o hubiera debido llevarle a recibir tratamiento?

Rama materna

	Alcohol	Drogas	Psq
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rama paterna

	Alcohol	Drogas	Psq
Abuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abuelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tío	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro impte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hermanos

	Alcohol	Drogas	Psq
Hermano 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermano 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermana 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hermanastro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Instrucciones: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente **no para todos los familiares de la categoría**. «1» cuando la respuesta es claramente **si para algún familiar dentro de esa categoría**. «X» cuando la respuesta **no esté del todo clara o sea «no sé»**. y «N» cuando **nunca haya existido un familiar en dicha categoría**. En caso de que existan más de 2 hermanos por categoría, codifique los más problemáticos.

RELACIONES FAMILIARES/SOCIALES

1. Estado civil:

1. Casado
2. Casado en segundas nupcias
3. Viudo
4. Separado
5. Divorciado
6. Soltero

2. ¿Cuánto tiempo hace que tiene este estado civil?

 años meses
3. ¿Está satisfecho con esa situación?

0. No
1. Indiferente
2. Sí

4. Convivencia habitual (en los últimos 3 años)

1. Pareja e hijos
2. Pareja
3. Hijos
4. Padres
5. Familia
6. Amigos
7. Solo
8. Medio protegido
9. No estable

5. ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación?

 años meses

(Si es con padres o familia contar a partir de los 18 años)

6. ¿Está satisfecho con esa convivencia?

0. No
1. Indiferente
2. Sí

¿Vive con alguien que:

0. No 1. Sí

6A. Actualmente tiene problemas relacionados con el alcohol? 6B. Usa drogas psicoactivas? 7. ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre?

1. Familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas
2. Familia, con problemas actuales de alcohol o drogas
3. Amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas
4. Amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas

8. ¿Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre?

0. No
1. Indiferente
2. Sí

9. ¿Cuántos amigos íntimos tiene?

Instrucciones para 9A a 18: Ponga un «0» en la categoría familiar cuando la respuesta sea claramente **no para todos los familiares de la categoría**, «1» cuando la respuesta es claramente **si para algún familiar dentro de esa categoría**, «X» cuando la respuesta **no esté del todo clara o sea «no sé»** y «N» **cuando nunca haya existido un familiar en dicha categoría**.

9A. ¿Diría usted que ha tenido relaciones personales próximas, duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?

- Madre
Padre
Hermanos/hermanas
Pareja sexual/esposo
Hijos
Amigos íntimos

¿Ha tenido periodos en que ha experimentado problemas serios con:

0. No 1. Sí

	Ultimo mes	A lo largo de la vida
10. Madre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Padre?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Hermanos/hermanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Pareja sexual/esposo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Hijos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Otro familiar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Amigos íntimos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Vecinos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Compañeros de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿Alguna de estas personas (10-18) ha abusado de usted?

0.No 1. Sí

Último mes A lo largo de la vida

- 18A. Emocionalmente? (insultándole, etc.)
- 18B. Físicamente? (produciéndole daños físicos)
- 18C. Sexualmente? (forzándole a mantener relaciones sexuales)

- 19. ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios
- A. Con su familia?
- B. Con otras personas? (excluir familia)

PARA LAS PREGUNTAS 20 Y 23, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

¿Cuánto le han molestado o preocupado en el último mes sus

- 20. Problemas familiares?
- 21. Problemas sociales?

¿Qué importancia tiene ahora para usted el asesoramiento para esos:

- 22. Problemas familiares?
- 23. Problemas legales?

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

- 24. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

- 25. ¿Imagen distorsionada del paciente?
- 0.No 1. Sí

- 26. ¿La incapacidad para comprender del paciente?

0.No 1. Sí

Comentarios

SALUD MENTAL

- 1. ¿Cuántas veces ha recibido tratamiento por problemas psicológicos o emocionales?
- Tratamiento hospitalario:
- Tratamiento ambulatorio:

- 2. ¿Recibe una pensión por incapacidad psíquica?
- 0.No 1. Sí

¿Ha pasado un período de tiempo significativo (no directamente debido al uso de alcohol o drogas) en el cual usted (consulte el manual para definiciones):

0.No 1. Sí

Último mes A lo largo de la vida

- 3. Experimentó depresión intensa?
- 4. Experimentó ansiedad o tensión intensa?
- 5. Experimentó problemas para comprender, concentrarse o recordar?
- 6. Experimentó alucinaciones?
- 7. Experimentó problemas para controlar conductas violentas?
- 8. Recibía medicación prescrita por problemas emocionales o psicológicos?
- 9. Experimentó ideación suicida grave?
- 10. Realizó intentos suicidas?
- 10A. ¿Cuántas veces intentó suicidarse?
- 11. ¿Cuántos días en el último mes ha experimentado esos problemas psicológicos/ emocionales?

PARA LAS PREGUNTAS 12 Y 13, POR FAVOR, PIDA AL PACIENTE QUE UTILICE LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN

12. ¿Cuánto le han preocupado o molestado en el último mes estos problemas psicológicos o emocionales?
13. ¿Qué importancia tiene ahora para usted el tratamiento para esos problemas psicológicos?

LOS SIGUIENTES ÍTEMS HAN DE SER CUMPLIMENTADOS POR EL ENTREVISTADOR

Durante la entrevista, el paciente se presentaba:

0.No 1. Si

14. Francamente deprimido/retraído
15. Francamente hostil
16. Francamente ansioso/nervioso
17. Con problemas para interpretar la realidad, trastornos del pensamiento, ideación paranoide

18. Con problemas de comprensión, concentración o recuerdo

19. Con ideación suicida

ESCALA DE GRAVEDAD PARA EL ENTREVISTADOR

20. ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de tratamiento psiquiátrico/psicológico?

PUNTUACIONES DE VALIDEZ

La información anterior está significativamente distorsionada por:

21. ¿Imagen distorsionada del paciente?
0.No 1. Si

22. ¿La incapacidad para comprender del paciente?
0.No 1. Si

Comentarios

Anexo 4

Carta de consentimiento informado firmada por los participantes

Quito, 19 de septiembre de 2014

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del Estudio: "DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y CONSUMO DE SUSTANCIAS".

Investigador: Andrés Borja Vadivieso

Director de la Investigación: Ps. Rodrigo Moreta Herrera

- 1. Propósito del estudio:** Le estamos invitando a participar en un estudio de investigación que se lleva a cabo en la Comunidad de Ayuda Terapéutica "Volver a Empezar". El estudio tiene como propósito determinar la relación entre los rasgos de personalidad y el consumo de sustancias, por lo que pensamos que usted puede participar en este proyecto; al igual que usted muchos (as) pacientes también serán invitados (as) a participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria. Por favor lea la información que le proporcionamos y haga las preguntas que desee antes de decidir si desea o no participar en él.
- 2. Procedimiento:** Si usted acepta participar en el estudio se aplicará un cuestionario de evaluación de rasgos de personalidad llamado "Big Five Questionnaire", el cual permite elaborar un perfil de su personalidad basado en sus respuestas. Además, se realizará una entrevista personal con el objetivo de evaluar la severidad del problema de consumo que usted padecía antes de ingresar a esta comunidad. Ante cualquier duda le daremos contestación oportuna y clara. Por lo anterior solicitamos a Ud. su autorización.
- 3. Participación o retiro:** La participación en este estudio es totalmente voluntaria. Si usted acepta a ingresar al estudio, los resultados serán procesados y después analizados. Ud. no necesita retirarse del estudio, pero si desea que los resultados obtenidos de su entrevista o su evaluación de personalidad no sean utilizados, podrá solicitarlo y entonces esto no influirá en la atención futura que la comunidad "Volver a Empezar" le brinde a usted y sus familiares.
- 4. Privacidad y confidencialidad:** El investigador resguardará la información. Las personas que estén involucradas en el cuidado de su salud sabrán que usted está participando en este estudio. Sin embargo, nadie más tendrá acceso a la información sobre usted, o que usted nos proporcione durante su participación en este estudio, al menos de que usted así lo desee. Cuando los resultados de este estudio sean publicados o presentados en conferencias, no se dará información que pudiera revelar su identidad. Su identidad será protegida y ocultada. Para proteger su identidad le asignaremos un número que utilizaremos para identificar sus datos, y usaremos ese número en lugar de su nombre en nuestras bases de datos.

Quito, 19 de septiembre de 2014

5. Posibles riesgos y molestias: Este estudio no corre ningún riesgo. Los cuestionarios y la entrevista son muy similares a otras ya establecidas y usadas en su tratamiento. Pese a esto, si en cualquier momento le resultara incómodo o molesto, recuerde que su participación es voluntaria y puede retirarse cuando lo desee.

6. Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: No implica dinero en ningún sentido: que Ud. reciba, ni Ud. aporte, solamente ayudará a que el desarrollo se conozca mejor y en un futuro se pueda llevar un mejor tratamiento de los (as) pacientes.

7. Declaración de consentimiento informado: Se me ha explicado con claridad en qué consiste este estudio, además he leído (o alguien me ha leído) el contenido de este formato de consentimiento. Se me han dado la oportunidad de hacer preguntas y todas mis preguntas han sido contestadas a mi satisfacción. Se me ha dado una copia de este formato. Al firmar este formato estoy de acuerdo en participar en la investigación que aquí se describe.

Nombre del participante

Firma del participante

Le he explicado el estudio de investigación al participante y he contestado todas sus preguntas. Creo que él/ella entiende la información descrita en este documento y libremente da su consentimiento a participar en este estudio de investigación.

Nombre del investigador

Firma del investigador

Anexo 5

Cuestionario de evaluación del programa de tratamiento grupal

1. Encerrar en un círculo la afirmación dialéctica en cada grupo de oraciones.

- a) No hay esperanza. ¿Para qué intentar? Me rindo.
 - b) Mis problemas desaparecieron, esto es fácil.
 - c) Esto es difícil para mí y voy a seguir trabajando en ello.
-
- a) Tengo la razón absoluta al respecto. ¡Es la verdad!
 - b) Yo lo veo de esta forma y tú lo ves de esa otra forma.
 - c) Soy torpe. Los demás siempre tienen la razón.
-
- a) A veces necesito que alguien me escuche. Cuando no pueden hacerlo, es frustrante.
 - b) La gente debería escucharme siempre que yo necesite hablar.
 - c) Debería ser capaz de manejar mis propios problemas, pero necesito resolverlos de todas formas.
-
- a) La gente siempre me hace daño, así que no confío en nadie.
 - b) Confío en algunas personas y me resulta difícil confiar en otras.
 - c) Si fuera una persona sana sería capaz de confiar en todo el mundo.
-
- a) Mis problemas son culpa de mis padres, así que no debería trabajar tan duro para resolverlos.
 - b) Todos mis problemas son por mi propia culpa.
 - c) Puede ser que yo no haya causado todos mis problemas, pero necesito resolverlos de todas formas.

2. Imaginar las siguientes situaciones. Describir las emociones que sentiría en estas situaciones, la necesidad o impulso de reaccionar y, finalmente, una respuesta más positiva y asertiva.

- a) Tu compañero de cuarto deja ropa sucia tirada en el piso y esto hace que te les llamen la atención y les sancionen a los dos, aunque no fue tu culpa.

Emociones (¿cómo me siento al respecto?):

Impulso (¿qué quisiera hacer ante esto?):

Respuesta positiva (¿de qué otra forma puedo responder para no causar más problemas y sentirme mejor conmigo mismo?):

- b) Te sientes ignorado por tu pareja. Parece que siempre tuviera tiempo para otros pero no para ti.

Emociones (¿cómo me siento al respecto?):

Impulso (¿qué quisiera hacer ante esto?):

Respuesta positiva (¿de qué otra forma puedo responder para no causar más problemas y sentirme mejor conmigo mismo?):

3. Leer los ítems de la izquierda y encerrar en un círculo la categoría a la que pertenece cada uno.

ÍTEM	CATEGORÍA			
	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
1. <i>Este grupo es aburrido.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
2. <i>Lanzar un objeto.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
3. <i>Tener la necesidad de gritar.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
4. <i>Alguien te dice una mala palabra.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
5. <i>Llorar.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
6. <i>Irritación con tu pareja.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
7. <i>Preocuparte por tu situación económica.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
8. <i>Ira.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
9. <i>Odio esta comida.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
10. <i>Te niegas a tomar tus medicinas.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
11. <i>Nerviosismo por ver a tu familia.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
12. <i>Tristeza.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
13. <i>Alguien se roba tu comida.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
14. <i>Das un golpe a la pared.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta
15. <i>Quiero salir de este lugar ya.</i>	Evento	Pensamiento	Emoción	Conducta